

rapport
annuel
de
gestion

2012
2013

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



rapport
annuel
de
gestion

2012
2013

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Édition :

**La Direction des communications
du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Le présent document a été publié en quantité limitée
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN: 978-2-550-67785-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2013

MESSAGE DES MINISTRES

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

Nous avons le plaisir de vous transmettre le Rapport annuel de gestion 2012-2013 du ministère de la Santé et des Services sociaux, élaboré conformément aux dispositions de la Loi sur l'administration publique.

Ce rapport présente les principales réalisations du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux au regard du Plan stratégique 2010-2015, du Plan d'action de développement durable 2009-2013 et de la Déclaration de services aux citoyens. Ce document rend également compte de l'utilisation des ressources allouées au Ministère, de celles provenant du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux ainsi que des activités répondant aux différentes exigences législatives et gouvernementales.

Le Ministère et son réseau ont consenti des efforts importants au cours de l'année 2012-2013 afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux. À titre d'exemple, nous soulignons les résultats ayant trait à l'accès à certaines chirurgies et aux services de radio-oncologie. De même, des gains appréciables ont notamment été obtenus au niveau de l'inscription de la population à un médecin de famille, de la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées, de l'offre de service de soutien à domicile de longue durée et du maintien des enfants dans leur milieu familial. Enfin, près de la moitié des établissements publics ont maintenant entrepris une démarche de développement durable.

L'atteinte des objectifs du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux nécessite la contribution d'un personnel compétent et dévoué. Nous souhaitons ainsi témoigner notre reconnaissance pour leur professionnalisme et leur précieuse collaboration.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Réjean Hébert
**Ministre de la Santé et des Services sociaux
et ministre responsable des Aînés**



Véronique Hivon
**Ministre déléguée aux Services
sociaux et à la Protection de la jeunesse**

MESSAGE DE LA SOUS-MINISTRE

Monsieur Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Ministre responsable des Aînés

Madame Véronique Hivon
Ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse

Madame,
Monsieur,

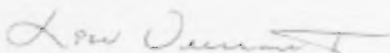
Nous vous soumettons le Rapport annuel de gestion 2012-2013 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2013.

Le rapport témoigne des efforts importants consentis par le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux afin d'atteindre les objectifs et engagements liés au Plan stratégique 2010-2015, au Plan d'action de développement durable 2009-2013 et à la Déclaration de services aux citoyens. Il permet aussi d'apprécier les actions entreprises afin d'utiliser les ressources allouées de façon optimale.

Le présent document contient une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a été effectuée par la Direction de l'audit interne, à la demande du Comité ministériel de vérification.

Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution indéfectible du personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux, dont la compétence, l'engagement et le professionnalisme sont essentiels à l'atteinte des résultats et à une prestation de services de qualité.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Lise Verreault
Sous-ministre

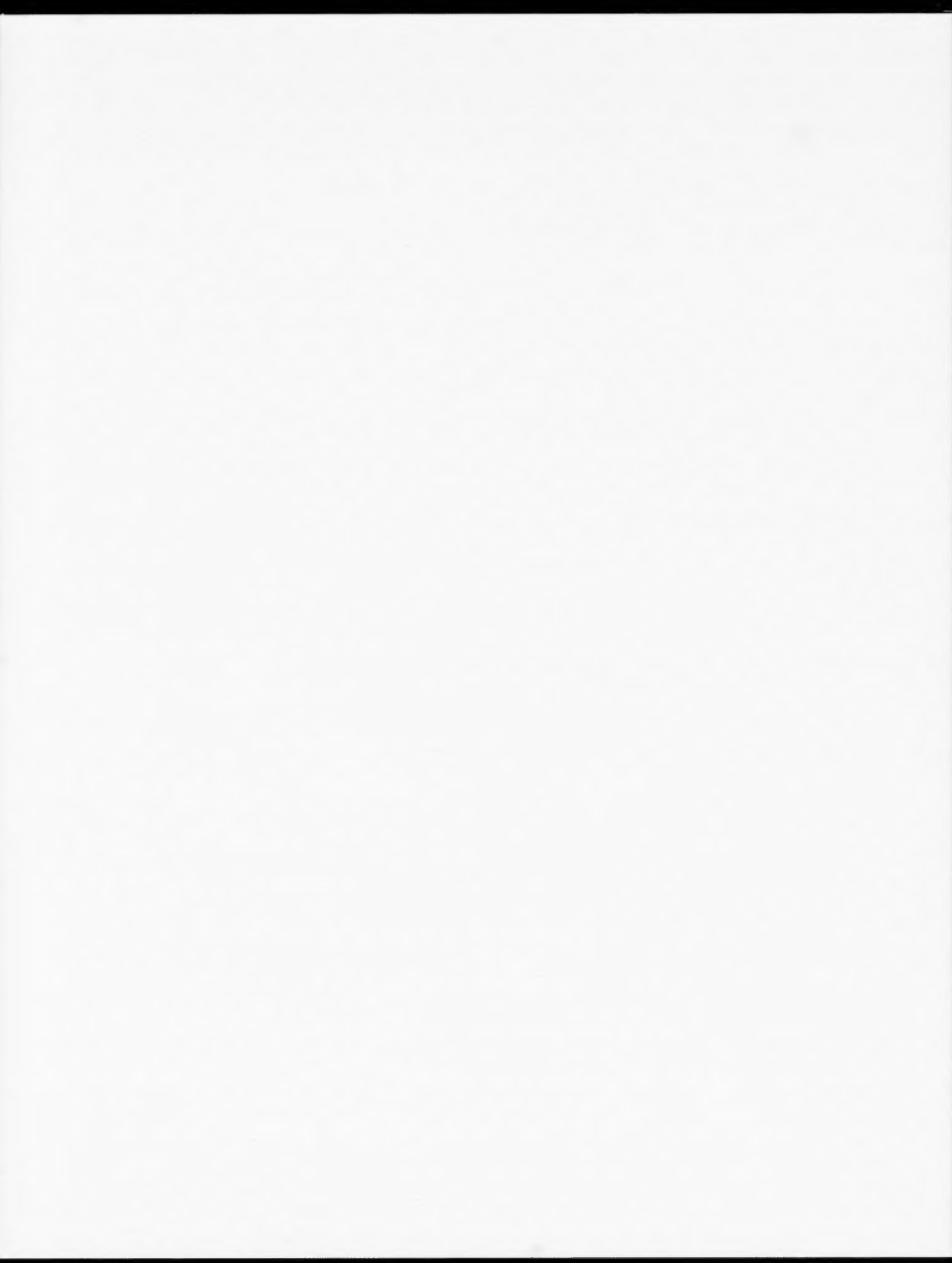


TABLE DES MATIÈRES

Message des ministres	V
Message de la sous-ministre	VII
Liste des sigles	X
La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux	XI
Le rapport de validation de la Direction de l'audit interne	3
Les faits saillants de l'année 2012-2013	5
 PARTIE 1 LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ...	11
 PARTIE 2 LES RÉSULTATS	15
2.1 Plan stratégique 2010-2015	15
2.2 Plan d'action de développement durable 2009-2013	48
2.3 Déclaration de services aux citoyens	62
 PARTIE 3 L'UTILISATION DES RESSOURCES	67
3.1 Les ressources humaines	67
3.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère ainsi que du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	71
3.3 Les ressources informationnelles	79
3.4 Suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web	89
 PARTIE 4 L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES	90
4.1 L'accès à l'égalité en emploi	90
4.2 L'égalité entre les femmes et les hommes	97
4.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	101
4.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration	102
4.5 Les changements climatiques	102

4.6	Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé	104
4.7	Le Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013, sous-titré « <i>La diversité : une valeur ajoutée</i> »	105
4.8	La Politique de financement des services publics	106
4.9	Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec	111
4.10	L'occupation et la vitalité des territoires	117

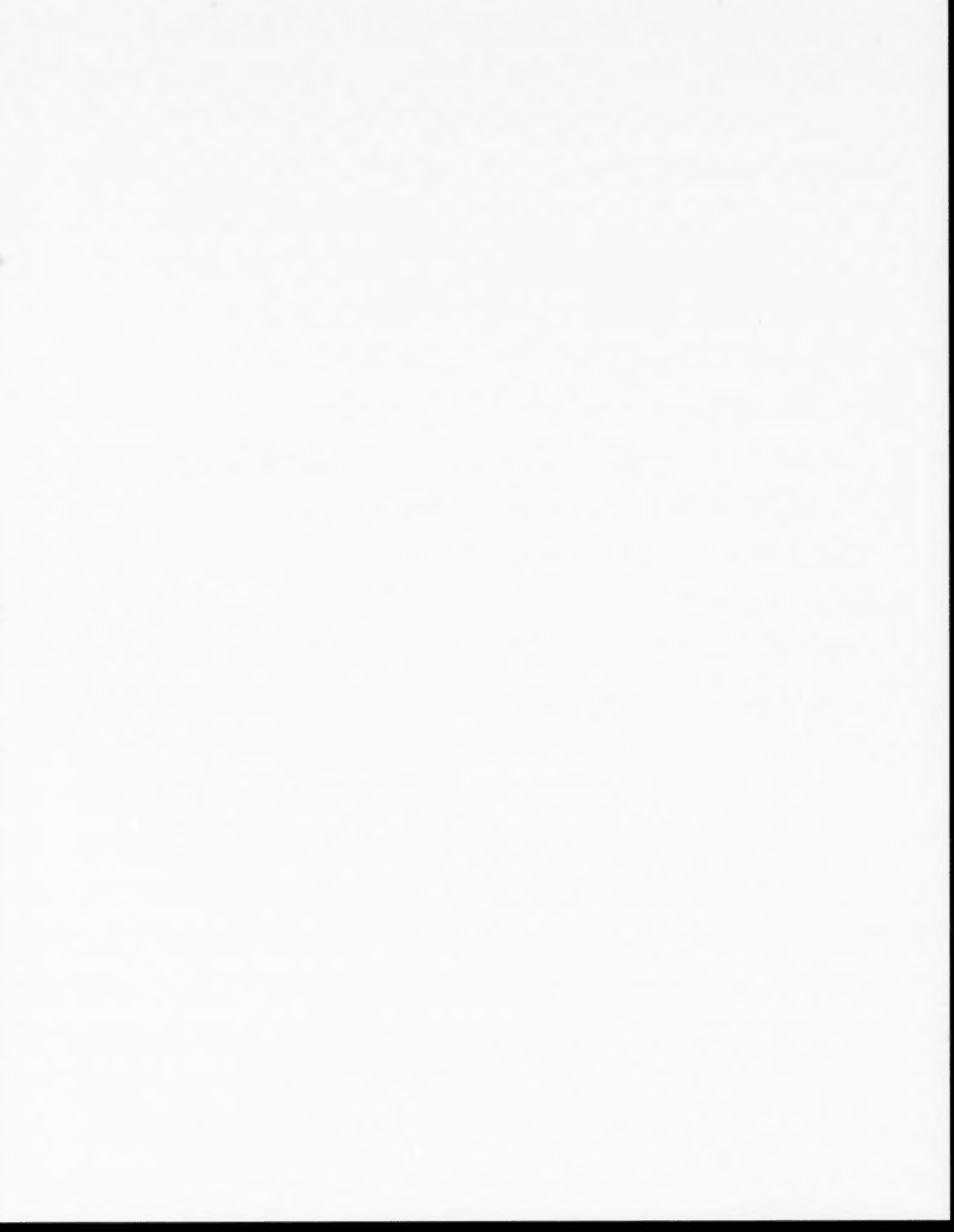
PARTIE 5		
LES RÉALISATIONS DU SECRÉTARIAT AUX ÂÎNÉS.....		122

ANNEXES

Annexe I	Liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux	125
Annexe II	Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux	127
Annexe III	Évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2010-2015	135

LISTE DES SIGLES

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DCI	Dossier clinique informatisé
DME	Dossier médical électronique
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DSQ	Dossier Santé Québec
FINESST	Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MADA	Municipalité amie des aînés
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé



LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

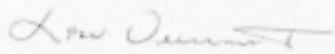
Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du Ministère. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a eu recours à des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer le suivi de la réalisation des objectifs fixés.

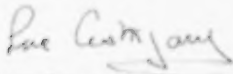
De plus, la Direction de l'audit interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les trois sections touchant la présentation des résultats du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2012-2013 du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Les membres du comité de direction,



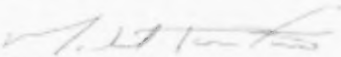
Lise Verreault
Sous-ministre



Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Planification, performance et qualité



Marco Thibault
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel



Michel Fontaine
Sous-ministre associé
Coordination, financement, immobilisations et budget



Catherine Ferembach
Sous-ministre adjointe
Secrétariat des aînés



Louis Couture
Sous-ministre adjoint
Services de santé et médecine universitaire



Sylvain Gagnon
Sous-ministre associé
Services sociaux



Horacio Arruda
**Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint**



Richard Audet
Sous-ministre associé
Technologies de l'information

LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE L'AUDIT INTERNE

Madame la Sous-ministre,

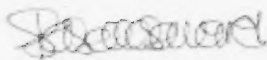
Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 » de même que « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2013. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué en s'inspirant des normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne élaborées par l'Institut de l'Audit Interne (The Institute of Internal Auditors). Les travaux ont consisté essentiellement à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter de l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 » ainsi que « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de l'audit interne,



Isabelle Savard
Directrice

Cabinet de la sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2013

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2012-2013

Chaque année, de nombreux événements ont une incidence majeure sur le système de santé et des services sociaux québécois. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux adapte l'ensemble de ses services en fonction de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population et également en considérant les nouvelles possibilités et les contraintes qui se dessinent pour l'organisation des services ou la gestion des ressources.

Plusieurs réalisations de la dernière année témoignent bien de la préoccupation du Ministère d'offrir des services accessibles, continus et de qualité à la population.

Abolition de la règle de quinze ans

L'année 2012-2013 est marquée par l'abolition de la règle de quinze ans qui permettait, dans le cadre du Régime public d'assurance médicaments du Québec, de rembourser le prix d'un médicament innovateur pendant une période de quinze ans, même si un médicament générique moins dispendieux était inscrit sur la Liste de médicaments du Régime général d'assurance médicaments.

Cette mesure, entrée en vigueur le 14 janvier 2013, fut annoncée dans le budget 2013-2014 du gouvernement du Québec. Elle permettra de réaliser des économies dans le cadre du Régime public d'assurance médicaments. Depuis cette date, la Régie de l'assurance maladie du Québec rembourse le prix le plus bas, soit généralement celui du ou des médicaments génériques correspondants.

Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec

En mai 2012, le ministère de la Famille et des Aînés et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont conjointement présenté à la population du Québec la première politique gouvernementale sur le vieillissement.

Intitulée « Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec », cette politique reprend la vision du vieillissement actif préconisée par l'Organisation mondiale de la santé. Les actions proposées s'accordent avec les principes de respect de la diversité de la population québécoise, du pouvoir d'agir des aînés et des communautés ainsi que d'équité intergénérationnelle.

Cette politique vise notamment une plus grande inclusion sociale et une participation accrue des aînés dans leur communauté, la création d'environnements sains, sécuritaires et accueillants, la promotion de la santé, le soutien à domicile et la prestation de soins adaptés aux besoins spécifiques des aînés. Contrer les perceptions négatives liées à l'âge constitue aussi un objectif de la politique.

Mourir dans la dignité et le suivi des recommandations de la commission spéciale

La Commission parlementaire spéciale sur la question de mourir dans la dignité a déposé un rapport le 22 mars 2012. Elle y a abordé, entre autres, la question du développement des soins palliatifs et celle des directives médicales anticipées. Elle a également proposé de permettre l'aide médicale à mourir, laquelle ferait partie du continuum des soins de fin de vie, dans certaines circonstances bien précises.

À l'occasion de l'ouverture de la 40^e législature de l'Assemblée nationale du Québec, le gouvernement a confirmé son intention de mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport de la Commission, titré « Mourir dans la dignité ». La responsabilité de ce dossier a été confiée à la ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse.

Un groupe de juristes experts mandatés par le ministère de la Justice du Québec pour étudier les questions d'ordre juridique que soulève la mise en œuvre des recommandations de la Commission a déposé, le 15 janvier 2013, son rapport à la ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse. À l'instar de la Commission, ce groupe de juristes experts a, aux fins de son analyse, considéré l'aide médicale à mourir comme faisant partie du continuum des soins de fin de vie.

Le Ministère a entrepris les travaux relatifs à la mise en œuvre des recommandations du rapport *Mourir dans la dignité*. Ces travaux couvrent, d'une part, la poursuite du développement des soins palliatifs et, d'autre part, la réalisation d'un projet de loi concernant les soins de fin de vie, lequel visera à assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie.

Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux

En novembre 2012, le ministre Réjean Hébert a rendu public le rapport produit par le Groupe de travail sur les homicides intrafamiliaux. Ce groupe de travail, mis en place à l'automne 2011, avait comme mandat d'analyser le phénomène des homicides intrafamiliaux, de faire une revue des services offerts et des outils existants, de recenser les meilleures pratiques et de formuler des recommandations au ministre concernant des actions à poser pour le secteur de la santé et des services sociaux.

Le rapport déposé fait état d'une diminution du tiers de ce type d'homicides depuis les trente dernières années. Il n'en demeure pas moins que les homicides intrafamiliaux ont compté pour 35 % des homicides au Québec en 2011. Les travaux du groupe de travail ont permis de relever des pistes d'action et des mesures préventives. L'emphasis a été mise sur l'importance du dépistage précoce de la détresse et des situations à risque ainsi que sur les mesures à prendre en compte dans le traitement médiatique de ces événements tragiques.

Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés

Le nouveau Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (chapitre S-4.2, règlement 5.01) est entré en vigueur le 13 mars 2013. Il découle d'un exercice de concertation des partenaires et des acteurs clés du milieu œuvrant pour le bien-être et la sécurité des aînés.

Le règlement précise les conditions qu'un exploitant doit remplir, de même que les renseignements et les documents qu'il doit fournir, pour se voir octroyer une attestation temporaire de conformité préalable à l'exploitation d'une résidence privée. Il stipule les critères sociosanitaires devant être respectés pour obtenir un certificat de conformité et établit également les normes d'exploitation de ce type de résidence. De plus, il prévoit des critères et des normes relatives à la santé et à la sécurité des résidents de l'établissement. À la suite de l'adoption de ce règlement, le titre « résidence privée pour aînés » est devenu une appellation réservée aux résidences privées certifiées.

Cette action témoigne de l'engagement du Ministère à poser des gestes concrets pour assurer le respect de la dignité, des droits et de la qualité de vie des aînés, et ce, quel que soit leur lieu de résidence.

Prévention des cancers de la peau causés par le bronzage artificiel

Le 5 juin 2012, l'Assemblée nationale a adopté la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (chapitre C-5.2), qui est entrée en vigueur le 11 février 2013. Cette loi interdit la fréquentation des salons de bronzage par les personnes âgées de moins de 18 ans. Dorénavant, l'offre ou la vente de services de bronzage artificiel par rayons ultraviolets à cette tranche de la population est prohibée.

Par l'adoption de cette mesure, le Québec veut prévenir les cas de cancer de la peau en protégeant les jeunes et en sensibilisant la population aux dangers de la pratique du bronzage.

Intégration de la mission du Secrétariat aux aînés au Ministère

L'année 2012-2013 est marquée par l'intégration de la mission du Secrétariat aux aînés au Ministère. Ainsi, le Secrétariat aux aînés relève maintenant du ministre de la Santé et des Services sociaux, qui est également ministre responsable des Aînés depuis septembre 2012.

Ces changements témoignent de la préoccupation du Ministère envers le vieillissement de la population et le bien-être des aînés ainsi que de son engagement à adapter les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux à cette nouvelle réalité.

Intégration de SOGIQUE

La Société de gestion informatique SOGIQUE a été dissoute ; ses ressources, ses actifs et ses passifs ont été intégrés, par décret, au Ministère le 1^{er} janvier 2013. Cette mesure fait suite à l'adoption, par l'Assemblée nationale, de la Loi sur la dissolution de la Société de gestion informatique SOGIQUE (2012, chapitre 9).

Ainsi, les mandats suivants sont maintenant assumés par le Ministère :

- coordonner la réalisation de projets relatifs au développement d'actifs d'intérêts communs partagés par plusieurs établissements et agences du réseau ;
- assurer le maintien, l'entretien, l'évolution, l'hébergement et l'opération de systèmes d'information utilisés dans le réseau ;
- exploiter et maintenir en état des infrastructures technologiques essentielles à l'échange des informations et à l'utilisation efficace et sécuritaire des actifs ;
- gérer des programmes d'achat de licences logicielles exclusifs aux organismes du réseau, en collaboration avec le Centre de services partagés du Québec.

La dissolution de SOGIQUE répond à la volonté gouvernementale de renforcer l'expertise de la fonction publique québécoise dans le domaine des technologies de l'information. L'intégration de SOGIQUE au Ministère favorise l'utilisation optimale des ressources et représente une action structurante pour améliorer la gestion des technologies de l'information au bénéfice du réseau de la santé et des services sociaux.

Premier Forum sécurité civile – Santé et Services sociaux

Les 8 et 9 mai 2012 s'est tenu le premier Forum en sécurité civile – Santé et Services sociaux, organisé par le Ministère. Cette activité de formation s'est présentée sous une formule adaptée aux réalités organisationnelles dans le domaine de la sécurité civile. L'événement a permis au Ministère de déposer la mise à jour de la mission Santé du Plan national de sécurité civile.

Le Forum, qui est devenu un rendez-vous annuel, permet aux participants provenant de toutes les régions du Québec d'échanger, d'acquérir de nouvelles connaissances, de consolider leurs acquis et de poursuivre le développement de leurs connaissances en matière de sécurité civile. C'est aussi un endroit privilégié pour partager des contenus visant à promouvoir la préparation, la planification, la coordination et les collaborations de toutes sortes en cette matière.

Convention avec le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James

Une convention a été conclue en juillet 2012 entre le gouvernement québécois et les Cris du Québec. Elle est le résultat de nombreuses discussions entre les représentants du Ministère et ceux des Cris.

Cette entente porte sur la prestation des services de santé et des services sociaux, le cadre financier et les règles de financement applicables au fonctionnement du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. La Convention sur la prestation et le financement des services offerts concerne plus particulièrement l'attribution d'un budget de fonctionnement et de développement sur une période de cinq années ainsi que des investissements en immobilisation pour sept ans. Ces montants permettront, par exemple, la construction de maisons de naissance, de nouveaux centres communautaires et d'un centre hospitalier régional.

Outre qu'elle s'articule dans le respect du cadre financier du gouvernement, la convention donne des précisions tant sur la nature des discussions à venir que sur les responsabilités et les obligations de chacun. Un comité permanent de suivi sera constitué afin de veiller au respect des engagements inscrits dans cette convention.

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé

La Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P-9.0001) a été adoptée en juin 2012. Elle permet la mise en place d'actifs informationnels visant le partage de renseignements de santé jugés essentiels aux services de première ligne et au continuum de soins, et cela afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité ainsi que la sécurité des services de santé et des services sociaux. Ainsi, au moyen du Dossier Santé Québec, elle rend accessibles les renseignements concernant six domaines cliniques : le profil pharmacologique ; les résultats des analyses de laboratoire ; ceux des examens d'imagerie médicale ; les données relatives à l'immunisation ; les allergies et les intolérances ; les sommaires d'hospitalisation de toute personne sauf celle qui manifeste son refus.

Ces domaines se composent d'une ou de plusieurs banques de renseignements de santé, lesquels pourront être communiqués de façon sécurisée aux seules personnes autorisées.

Les bénéfices attendus de la mise en place des domaines cliniques sont, notamment, une amélioration de la prestation des services offerts aux usagers, puisque le diagnostic et le traitement seront accélérés, une diminution des tests répétitifs et, sur le plan technologique, une optimisation du rendement ainsi qu'une diminution du temps de réponse.

La Loi institue par ailleurs le système de gestion des ordonnances électroniques de médicaments ayant pour objet le partage de telles ordonnances. Ainsi, les cliniciens qui ont accès à un prescripteur électronique peuvent rédiger des ordonnances électroniques à l'intention de leurs patients et les transmettre au système de gestion des ordonnances électroniques afin qu'un pharmacien puisse les récupérer.

De plus, la Loi a introduit une disposition, en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2012, empêchant tout établissement de santé et de services sociaux de transférer vers un support électronique les informations inscrites entre le 1^{er} janvier 1935 et le 31 décembre 1964 dans le dossier qu'il tient concernant une personne alors admise dans un hôpital psychiatrique et visée par le Programme national de réconciliation avec les orphelins et orphelines de Duplessis établi par le gouvernement.

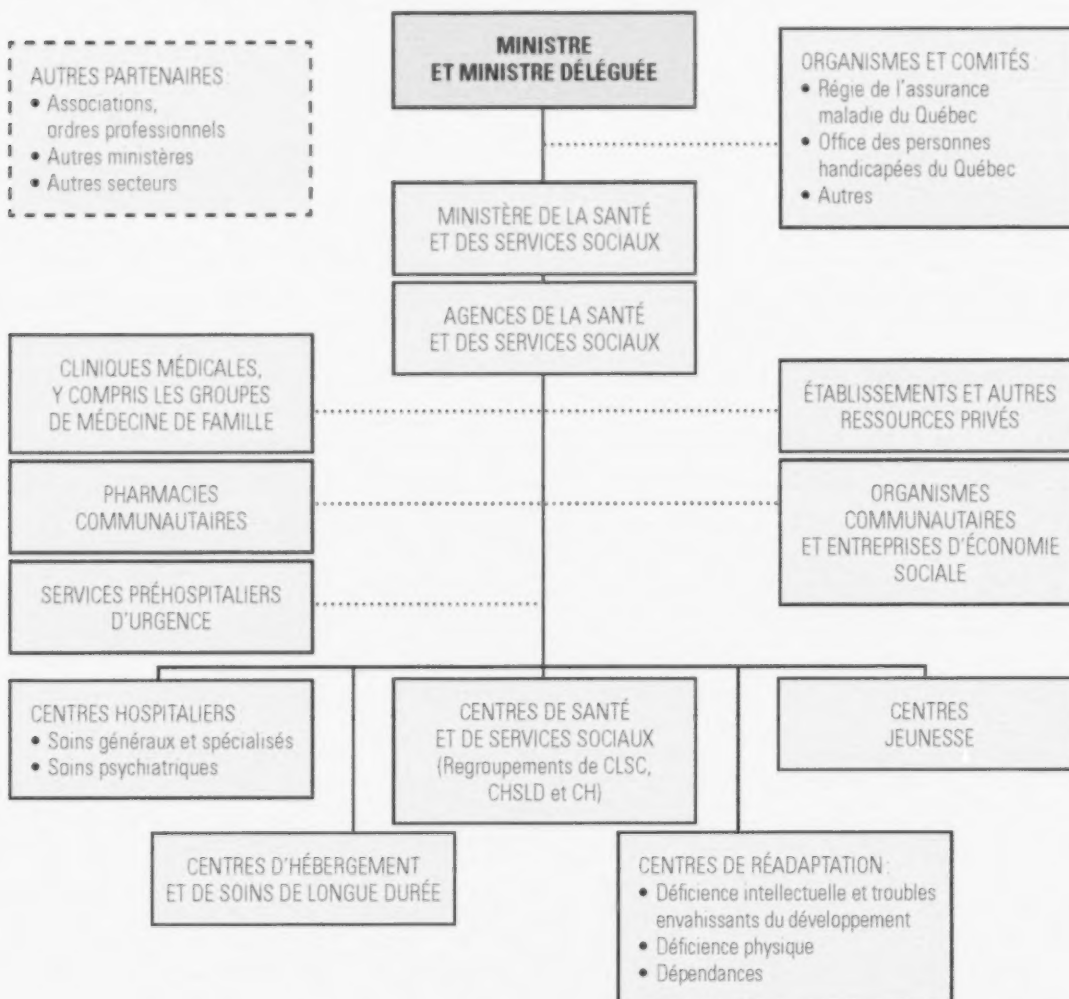
Enfin, un décret du Gouvernement du Québec, adopté le 27 mars 2013, a fixé l'entrée en vigueur des dispositions de la Loi permettant le déploiement, sur tout le territoire du Québec, des domaines profil pharmacologique, résultats des analyses de laboratoire et examens d'imagerie médicale.

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Cette partie présente la structure administrative du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux, les rôles et responsabilités de chacun ainsi que l'organisation des services offerts à la population sur tout le territoire québécois.

MISSION

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.



LE MINISTÈRE

Le Ministère a pour rôle principal de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour ce faire, il détermine les orientations, les objectifs et les priorités dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur mise en œuvre. Il définit les normes relatives à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'efficacité des services offerts à la population. De plus, le Ministère assure la promotion de la santé et du bien-être, la protection de la santé publique, la répartition équitable des ressources ainsi que la coordination interrégionale des services. Enfin, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Les lois dont la responsabilité de l'application relève du ministre de la Santé et des Services sociaux sont présentées à l'annexe I, tandis que l'organigramme du Ministère est consultable en version électronique à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca, section Ministère.

Par ailleurs, treize organismes et comités liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent du ministre, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Les coordonnées de ces organismes sont présentées à l'annexe II.

Quelques données sur les effectifs du Ministère et du réseau

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,8 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2012, on comptait :

- 685 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère, et 1 601 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 266 146 cadres ou salariés dans les agences et les établissements publics ou privés conventionnés, soit :
 - 187 729 personnes affectées aux programmes-services, ce qui inclut notamment 110 784 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 57 260 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux ;
 - 78 417 personnes affectées aux programmes-soutien ou le personnel d'encadrement.

De plus, en 2011-2012, 28 987 professionnels ont reçu une rémunération de la RAMQ, dont 8 317 médecins omnipraticiens, 9 235 médecins spécialistes et 3 364 médecins résidents.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les organisations régionales

Le Ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui veillent à l'organisation des services sur leur territoire respectif et qui ont une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Les établissements

Les établissements offrent des services généraux et spécialisés à la population correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces missions sont celles d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre de réadaptation (CR) ainsi que d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Selon leur nature, les services offerts par les établissements sont accessibles sur le plan local, régional ou national.

Au 31 mars 2013, le réseau de la santé et des services sociaux comprenait 277 établissements; 182 étaient publics et 95, privés. Ces établissements gèrent 1 689 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 182 établissements publics se répartissent en 94 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 88 établissements hors CSSS.

Les 94 CSSS comprennent tous un CLSC et 93 d'entre eux exploitent des missions multiples :

- 92 assument également la mission d'un CHSLD ;
- 79, celle d'un CH ;
- et 11, celle d'un CR.

Pour leur part, les 88 établissements publics hors CSSS se distribuent ainsi :

- 68 assurent, de façon unique ou multiple, les missions d'un CR, d'un CHSLD ou d'un CH ;
- 16 centres jeunesse assument à la fois la mission d'un CPEJ ainsi que celle d'un CR ;
- 4 établissements, situés dans les régions nordiques, assument toutes les missions.

Cinq établissements publics sont désignés centres hospitaliers universitaires. De plus, douze établissements sont désignés instituts universitaires ; on en compte sept dans le secteur de la santé et cinq dans le secteur social. Enfin, quinze établissements ont une désignation de centre affilié universitaire, soit cinq établissements assumant les missions d'un CH et d'un CHSLD ainsi que dix CSSS.

Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité ainsi que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés.

Les cliniques médicales, les organismes communautaires et les autres ressources complémentaires

Outre les ressources institutionnelles précitées, d'autres acteurs contribuent à la réalisation de la mission du système québécois de santé et de services sociaux. Il s'agit plus particulièrement :

- de 1 909 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 253 groupes de médecine de famille (GMF);
- de 1 795 pharmacies communautaires;
- de services préhospitaliers d'urgence totalisant 684 ambulances;
- de 3 382 organismes communautaires et 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- de 2 199 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et 6 505 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics;
- de 2 036 résidences privées pour aînés.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

Au nombre des partenaires majeurs très actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux figurent notamment :

- plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'utilisateurs;
- des ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques;
- plusieurs associations et organisations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les employés du secteur de la santé et des services sociaux ou des fédérations médicales;
- des regroupements d'assureurs et ceux de l'industrie pharmaceutique, dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments.

Enfin, afin de remplir leur mission, le Ministère et son réseau entretiennent des relations directes avec des acteurs agissant, sur le plan local, régional ou national, dans différents secteurs d'activité (éducation, habitation, revenu, environnement, transport, etc.).

LES RÉSULTATS

La deuxième partie traite des résultats atteints en 2012-2013 au regard des engagements ciblés dans le Plan stratégique 2010-2015, le Plan d'action de développement durable 2009-2013 et la Déclaration de services aux citoyens¹.

2.1 Plan stratégique 2010-2015

La présente section fait état des résultats relatifs aux objectifs contenus dans le Plan stratégique 2010-2015 du Ministère; les résultats sont regroupés en fonction des enjeux de ce plan. Il importe de mentionner qu'elle ne porte pas sur l'ensemble des objectifs, mais seulement sur ceux pour lesquels des engagements étaient prévus et des données disponibles en 2012-2013.

Les informations, qui ont une portée nationale, proviennent soit directement du Ministère, soit de la compilation de données recueillies dans les régions. Pour prendre connaissance des résultats régionaux, il faut consulter les rapports annuels de gestion produits par les agences de la santé et des services sociaux.

À la fin de la section se trouve un tableau indiquant les objectifs et les indicateurs qui ont été retirés du plan stratégique ainsi que les raisons de leur retrait.

1. Les données relatives aux régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans le présent rapport, à moins d'indications contraires, car les caractéristiques sociosanitaires et administratives de ces territoires exigent la prestation de services distincts dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions. Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James est mentionné en tant qu'agence de santé et de services sociaux, afin de simplifier la lecture des résultats.

ENJEU 1

L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

AXE : PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES

Objectif 1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2012-2013 ¹	CIBLE
Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique	81,5 %	84,7 %	85 % des activités implantées d'ici 2015

1 Collecte biennale (2010-2011, 2012-2013, 2014-2015)

Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP) se traduit, notamment, par l'énoncé d'un ensemble d'activités de santé publique qui doivent être implantées dans toutes les régions ou sur tous les territoires locaux du Québec. L'implantation d'une activité fait référence à l'offre de celle-ci dans une région ou sur un territoire local, selon le cas, sans tenir compte de l'intensité et de la continuité des services de santé publique. Ces activités se répartissent dans six domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale ; habitudes de vie et maladies chroniques ; traumatismes non intentionnels ; maladies infectieuses ; santé environnementale ; santé en milieu de travail.

Au 31 mars 2013, le pourcentage moyen d'implantation des activités s'établit à 84,7 %, variant de 75,3 % à 89,9 % selon les régions, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat précédent (81,5 %)². Cette augmentation s'observe dans tous les domaines d'intervention pour l'ensemble du Québec. Elle s'observe également dans toutes les régions, bien qu'elle soit de moins de 1 % dans quatre de celles-ci. Ainsi, la cible fixée à 85 % des activités implantées d'ici 2015 est en bonne voie d'être atteinte dans la plupart des régions, étant même dépassée dans neuf d'entre elles. Toutefois, des efforts restent à faire pour soutenir l'implantation des activités du programme et assurer tant la continuité que l'intensité nécessaire à l'atteinte des objectifs de santé.

2 Pourcentage établi sur 75 des 85 activités du PNSP, 10 activités sont exclues du calcul des résultats en raison, notamment, de l'absence de certains préalables ou conditions nécessaires à leur mise en œuvre ou, encore, de l'absence de la problématique dans des régions.

Objectif 1.1.2

Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : infections transmissibles sexuellement et par le sang, habitudes de vie et maladies chroniques, chutes chez les personnes âgées, suicide

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2012-2013 ¹	CIBLE
Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	68,8 %	79,7 %	85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2015

1 Collecte biennale (2010-2011, 2012-2013, 2014-2015)

Pour renforcer la prévention dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'une des stratégies privilégiées dans le PNSP est la promotion et le soutien de pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de première ligne. Parmi les pratiques identifiées dans le PNSP, quatorze ont été priorisées, soit celles qui ont trait aux habitudes de vie et aux maladies chroniques, aux chutes chez les personnes âgées, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi qu'au suicide³. Afin de favoriser l'atteinte de la cible fixée pour 2015, les régions disposent d'un réseau d'échange et de soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les différents milieux cliniques.

Au 31 mars 2013, la moyenne des pratiques cliniques préventives priorisées ayant fait l'objet d'activités de soutien est de 79,7 %, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat précédent (68,8 %). Cette augmentation s'observe dans la majorité des régions. La proportion des pratiques cliniques préventives ayant fait l'objet d'activités de soutien varie de 58,3 % à 100 % selon les régions et la cible de 85 % a été atteinte dans cinq d'entre elles. En outre, trois des pratiques cliniques préventives priorisées ont fait l'objet d'activités de soutien dans toutes les régions au cours de la période de référence, soit celles qui ont trait au counselling en faveur d'une saine alimentation et au counselling concernant l'abandon du tabagisme ainsi que celle qui porte sur le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang et sur des interventions préventives auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires. Il est à noter que les autres pratiques cliniques préventives priorisées ont pu faire l'objet de telles activités au cours des années antérieures.

3 Deux des quatorze pratiques cliniques préventives priorisées ne sont pas incluses dans les résultats de 2012-2013 : celle qui se rapporte au suicide, puisqu'elle ne faisait pas partie de la liste établie à l'occasion de la mise à jour du PNSP en 2008, et celle qui se rapporte au dépistage du cancer du col de l'utérus. Les pourcentages portent donc sur douze pratiques cliniques préventives.

AXE : ACTION INTERSECTORIELLE

Objectif 1.1.3 Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (habitudes de vie et comportements sécuritaires, éducation, emploi, logement, etc.)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle adoptée	Stratégie en cours d'élaboration	Stratégie en cours d'élaboration	2011

Les travaux d'élaboration de la Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle se sont poursuivis au cours de l'année 2012-2013, mais avec moins d'intensité que prévu.

En effet, cette année le Ministère a consenti des efforts considérables à l'élaboration d'un avant-projet de politique nationale de prévention en santé. Cette politique, conçue en étroite collaboration avec un ensemble de partenaires ministériels, aura pour finalités tant d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population que de réduire les inégalités sociales de santé. De plus, son adoption permettra de renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité ainsi que d'accroître la portée des actions en prévention au sein du gouvernement et de la société québécoise. Enfin, elle pourra influencer la Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle.

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

AXE : SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS

Objectif 2.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	60,2 %	62,4 %	70 % de la population d'ici 2015

L'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un groupe de médecine de famille (GMF) ou hors GMF s'adresse à toute la population. Au 31 mars 2013, plus de trois millions de personnes (39 % de la population du Québec) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un GMF et le nombre dépasse cinq millions de personnes (62,4 % de la population du Québec) si l'on ajoute celles qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF.

Objectif 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Nombre total de GMF implantés	239	253	300 GMF d'ici 2015 ¹
Pourcentage des médecins de famille qui pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	56 %	55 %	70 % des médecins de famille d'ici 2015

¹ La cible initiale du Plan stratégique était d'implanter 300 GMF d'ici 2013. L'échéance a été modifiée au cours de l'année 2012-2013.

Depuis 2002, les GMF incarnent au Québec un exemple de modèle d'organisation des soins et des services de santé de première ligne. Leur implantation vise à faciliter l'accès à un médecin de famille ainsi qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population⁴.

Au 31 mars 2013, on comptait 253 GMF au Québec, ce qui représente 84 % de la cible de 300 GMF d'ici 2015. Ainsi, 14 nouveaux GMF ont vu le jour en 2012-2013, comparativement à 16 l'année précédente et 13 projets étaient en préparation. La totalité des GMF se répartissaient sur plus de 620 lieux cliniques et mettaient à contribution 3 784 médecins, soit environ 55 % des médecins de famille qui travaillent dans un cabinet ou un centre local de services communautaires ; la cible est de 70 % d'ici 2015. De plus, 525 infirmières étaient en poste dans des GMF et 90 centres de santé et de services sociaux étaient partenaires de tels groupes en vertu d'ententes.

La création et le rythme de l'implantation de nouveaux GMF dépendent, entre autres facteurs, de la volonté des intervenants cliniques de s'organiser selon les modalités du groupe de médecine de famille. L'adoption de ce modèle d'organisation des services reste en effet à l'initiative des médecins de famille qui pratiquent dans les différents milieux. En conséquence, le succès du modèle repose en bonne partie sur l'appropriation de celui-ci par les intervenants cliniques. La promotion des GMF se poursuit et le modèle évolue d'année en année. Ainsi, afin de stimuler le déploiement et le développement des GMF dans la province, une révision du cadre de gestion des GMF a été entreprise en 2012-2013.

Par ailleurs, depuis 2007-2008, le Ministère accorde un soutien financier à la création de cliniques-réseau. Celles-ci offrent des services sept jours sur sept, dont le soir et la fin de semaine. Outre les heures d'accessibilité, les services offerts par les cliniques-réseau peuvent varier d'une région à l'autre, car il s'agit d'un modèle régional d'organisation des services de santé. Les cliniques-réseau offrent des services sur rendez-vous, mais leur particularité consiste à offrir également des services sans rendez-vous aux personnes n'ayant pas de médecin de famille. Au 31 mars 2013, 51 cliniques-réseau étaient accréditées dans les différentes régions.

⁴ Le modèle d'organisation clinique que constitue le GMF entraîne des changements dans la pratique professionnelle et le développement de la collaboration entre les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels du réseau. L'objectif poursuivi par les GMF est notamment d'offrir une gamme complète de services et d'assurer ainsi le suivi global des personnes inscrites, dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille.

Objectif 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Nombre total d'IPS en soins de première ligne et offrant des services de première ligne ¹	89	145	250 IPS d'ici 2015

1 Le libellé de cet indicateur a été modifié pour mieux rendre compte de la nouvelle méthode de calcul qui inclut les candidates. Auparavant, il se lisait comme suit : « Nombre total d'IPS en soins de première ligne titulaires et offrant des services de première ligne ».

L'accroissement du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne est l'une des stratégies adoptées par le gouvernement du Québec pour améliorer l'accès aux soins et aux services de première ligne. Ces professionnelles contribuent, entre autres, à l'amélioration de la prise en charge et du suivi des clientèles. Elles donnent, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux. Elles peuvent également prescrire des examens diagnostiques, des médicaments ou d'autres substances et des traitements médicaux, utiliser des techniques diagnostiques invasives et appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice. Pour soutenir la démarche, un plan de déploiement des IPS a été réalisé à l'échelle du Québec et fait l'objet d'un suivi rigoureux.

À compter de 2012-2013, et ce, afin de mieux refléter l'activité des IPS sur le terrain, il a été convenu d'inclure les candidates IPS dans le nombre total annuel d'IPS. En effet, ces candidates, tout comme les IPS certifiées, donnent des services à la population. Au 31 mars 2013, on comptait 119 IPS certifiées en soins de première ligne, réparties dans la plupart des régions du Québec, ainsi que 26 candidates IPS. Ces 145 IPS et candidates IPS donnaient des soins et des services à des usagers de tout âge dans le réseau et travaillaient en collaboration avec des médecins partenaires.

AXE : SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Objectif 2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	63 %	63 %	100 % des régions sociosanitaires d'ici 2015
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	88 %	87 %	90 % des appels d'ici 2015

Le service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, est présentement offert dans dix régions du Québec : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean (qui dessert aussi la région du Nord-du-Québec), Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides et Montérégie.

En ce qui concerne le pourcentage des appels à ce service auxquels on a répondu dans le délai de quatre minutes ou moins, trois régions sur dix atteignent la cible fixée à 90 % des appels. Toutefois, les autres régions sont près de cette cible.

La consolidation ou le développement du service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, s'est poursuivi en tenant compte des particularités régionales, notamment l'arrimage avec les organismes communautaires et l'organisation des services généraux psychosociaux.

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

AXE : JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE

Objectif 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté⁵

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur	33 %	57 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace ou jugé prometteur	66 %	79 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015
Taux d'enfants resignalés	19 %	18 %	Diminution
Taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) à la suite d'un signalement ¹	10 %	10 %	Diminution

1. Cet indicateur est ajouté pour rendre compte plus adéquatement de la situation.

5 Voir les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012.

LE PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE

La négligence est la forme de maltraitance envers les enfants la plus répandue au Québec. Depuis plusieurs années, elle représente la problématique principale pour laquelle les signalements sont retenus par les services de protection de la jeunesse.

Le déploiement de programmes d'intervention concernant la négligence s'est poursuivi dans tous les territoires locaux du Québec. D'ailleurs, il s'agit là d'une priorité ministérielle qui s'est traduite en juillet 2012 par un investissement récurrent de 10 millions de dollars pour en soutenir la mise en œuvre. La mobilisation autour de cette priorité s'est observée dans toutes les régions. On y a notamment sensibilisé et mobilisé des partenaires, élaboré des cadres de référence sur les programmes à déployer, mis en place des comités de coordination afin de planifier et de concrétiser la mise en œuvre d'un programme d'intervention portant sur la négligence, créé et formé des équipes d'intervenants et, presque partout, on a commencé à offrir des services ou amélioré les services existantes.

Au 31 mars 2013, 54 des 94 territoires locaux, soit 57 % d'entre eux, offraient un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur. C'est une augmentation de près de 74 % par rapport à l'exercice financier précédent. Il importe de souligner que des activités cliniques visant à contrer la négligence sont offertes aux familles dans toutes les régions.

Les programmes existants s'adressent aux enfants âgés de 0 à 12 ans qui vivent dans un contexte de négligence ainsi qu'à leurs parents. Ils sont sous la responsabilité des CSSS, en collaboration avec les centres jeunesse. La négligence est un problème multidimensionnel auquel on associe plusieurs facteurs de risque individuels, familiaux, sociaux et environnementaux. Elle commande, par conséquent, des interventions sur plus d'un plan et l'engagement de nombreux partenaires de la communauté.

LE PROGRAMME D'INTERVENTION DE CRISE ET DE SUIVI INTENSIF

Le déploiement de programmes d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu s'est poursuivi et ces derniers sont maintenant offerts dans 74 des 94 territoires locaux, soit près de 79 %.

Ces programmes d'intervention visent les jeunes pour lesquels le retrait du milieu familial semble imminent. Ils tendent à maintenir le jeune dans son milieu familial grâce à une intervention rapide et intensive, à éviter des signalements au directeur de la protection de la jeunesse et à diminuer le placement en ressource d'hébergement. La crise que traverse le jeune est liée particulièrement à des comportements inappropriés et à des conflits dans les relations avec ses parents.

LE TAUX D'ENFANTS RESIGNALÉS ET LE TAUX D'ENFANTS FAISANT L'OBJET D'UNE NOUVELLE INTERVENTION DU DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE À LA SUITE D'UN RESIGNALEMENT

Sur l'ensemble des enfants pour lesquels l'intervention du directeur de la protection de la jeunesse a pris fin en 2010-2011, on constate un taux de signalement, dans les douze mois suivant la fin de l'intervention, de 18 % et un taux de nouvelles prises en charge de 10 %. Comparés aux enfants pour lesquels l'intervention du directeur de la protection de la jeunesse avait pris fin en 2009-2010, les taux de signalement et de reprises en charge sont demeurés stables à l'échelle provinciale.

AXE: JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE PAR UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Objectif 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	Près de 1 % de la population du Québec, soit 76 193 personnes	1 % de la population du Québec, soit 81 284 personnes	2 % des jeunes et des adultes d'ici 2015

La consolidation des services de santé mentale de première ligne vise à assurer un meilleur accès au continuum de tous les services de santé mentale. Les services de première ligne offerts par les CSSS, généralement par l'entremise des CLSC, s'adressent tant aux jeunes qu'aux adultes qui souffrent de troubles modérés (troubles de l'humeur, troubles anxieux, etc.) ou graves.

En 2012-2013, 81 284 personnes ont bénéficié de ces services, soit 1 % de la population. La progression vers la cible de 2 % doit donc se poursuivre, de façon à ce que la situation corresponde aux bonnes pratiques qui sont soutenues par la littérature.

Objectif 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu :			
▪ des services de suivi intensif dans le milieu (SIM)	2 251 places, soit 28 places par 100 000 personnes	2 467 places, soit 31 places par 100 000 personnes	100 places par 100 000 personnes d'ici 2015
▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV)	4 110 places, soit 51 places par 100 000 personnes	3 930 places, soit 49 places par 100 000 personnes	250 places par 100 000 personnes d'ici 2015

Les services d'intégration dans la communauté favorisent le maintien dans la communauté des adultes atteints d'un trouble mental grave ; ils visent la réadaptation et le rétablissement de ces personnes. Le suivi intensif dans le milieu (SIM) est assuré par des équipes interdisciplinaires, selon le modèle *Assertive Community Treatment*. Le soutien à intensité variable (SIV) s'adresse aux personnes présentant moins de difficultés de fonctionnement et est coordonné par un intervenant pivot (modèle *Case Management*).

Les résultats indiquent une augmentation du nombre de places dans les SIM, nombre qui est passé de 2 251 places en 2011-2012 à 2 467 places en 2012-2013 (soit de 28 à 31 places par 100 000 personnes – jeunes et adultes). Les places dans les SIV offertes en CSSS ont quant à elles diminué, passant de 4 110 en 2011-2012 à 3 930 en 2012-2013 (soit de 51 à 49 places par 100 000 personnes). Il faut cependant préciser que le nombre de places de ce dernier type est en fait plus élevé, puisque celles qui sont offertes par les organismes communautaires ne sont pas comptabilisées par le Ministère.

Objectif 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	4 488	5 602	Augmentation

Tel que l'indique l'Offre de services en dépendances 2007-2012 du Ministère, reconduite jusqu'en 2015, les jeunes et les adultes éprouvant des difficultés liées à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent s'adressent aux CSSS de leur territoire pour obtenir de l'aide. Les CSSS ont, entre autres, la responsabilité de rendre accessibles à l'ensemble de la population de leur territoire des services de détection et d'intervention précoce, de désintoxication en milieu hospitalier, de désintoxication externe non intensive, de suivi psychosocial post-traitement ainsi que de suivi psychosocial et médical pour les traitements de substitution.

Au cours de l'année 2012-2013, 5 602 personnes ont reçu, dans l'un ou l'autre des CSSS, des services de première ligne liés à la toxicomanie ou au jeu pathologique. Il s'agit d'une augmentation de près de 25 % par rapport à 2011-2012. Cette augmentation peut être attribuable à l'implantation progressive de l'offre de service en dépendance dans les CSSS.

En 2012-2013, les CSSS ont continué à déployer un ensemble de mesures visant à favoriser l'augmentation du nombre de jeunes et d'adultes recevant de tels services. Parmi ces mesures, mentionnons les travaux visant à mettre en place une politique de détection, la désignation d'intervenants assignés aux dépendances, l'utilisation d'approches ou de programmes reconnus efficaces tels que le programme Alcochoix+, la formation des intervenants sur la détection et l'intervention précoce.

Orientation 2.3

Répondre aux besoins d'une population vieillissante

AXE : RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

Objectif 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	62,15 %	67,74 %	70 % à l'échelle du Québec d'ici 2015

Le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est le mode d'organisation des services retenu par le Ministère afin de rendre le continuum de services de santé et les services sociaux mieux adaptés aux besoins de la population vieillissante. Son implantation nécessite la mise en place ou la consolidation de processus organisationnels et de pratiques cliniques visant à améliorer l'accessibilité, la continuité et la cohérence des différents services offerts aux personnes âgées.

Le résultat obtenu en 2012-2013 est de 67,74 % en moyenne au Québec. Il représente une progression constante vers l'atteinte de la cible de 70 % en 2015. Celle-ci est atteinte dans quatre régions; ailleurs, des efforts supplémentaires doivent être consentis pour achever la mise en place des composantes de ce mode d'organisation de services au Québec et en assurer la pérennité.

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

AXE : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Objectif 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC) ¹	9 923 154 heures Augmentation de 4,8 % par rapport à 2009-2010	10 472 838 heures Augmentation de 10,7 % par rapport à 2009-2010	Augmentation de 10 % d'ici 2015

1. Le libellé de cet indicateur a été légèrement modifié depuis la parution du Plan stratégique 2010-2015. Initialement, il était le suivant : « Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC) ». L'indicateur mesurant l'atteinte de l'objectif est le nombre d'heures de services rendues à domicile, ce qui comprend les heures assurées par le personnel du CSSS, les heures visées par des achats de services ainsi que les heures fournies par des travailleurs de gré à gré grâce au programme Allocation directe/chèque emploi-service.

Le soutien à domicile de longue durée permet aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement de rester dans leur milieu de vie ainsi que de retarder et parfois d'éviter un hébergement institutionnel.

Au niveau national, la cible est atteinte, et même un peu dépassée, pour l'année 2012-2013. Au niveau régional, les résultats escomptés sont atteints, sauf dans cinq régions. Un suivi serré est effectué auprès de celles-ci, notamment par l'intermédiaire du bilan régional relatif au Plan d'action sur l'optimisation du soutien à domicile que chacune dépose annuellement.

En 2012-2013, le nombre d'heures de services rendues se situe à près de 10,5 millions, une augmentation de 10,7 % par rapport à 2009-2010 – année où près de 9,5 millions d'heures de service ont été comptabilisées, – et de 5,5 % par rapport au bilan 2011-2012, lequel totalisait plus de 9,9 millions d'heures.

ENJEU 3

UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

AXE : SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION

Objectif 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des demandes de services traitées dans les délais établis :			
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours	57 %	65 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR	82 %	82 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 360 jours ¹	Non disponible	90 %	90 % des personnes d'ici 2015

1. Y compris le délai maximal d'analyse de la demande suivant sa réception, soit trois jours dans un CSSS et sept jours dans un centre de réadaptation.

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble, publié en 2008, poursuit l'objectif d'assurer l'accès aux services destinés aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement à l'intérieur de délais raisonnables. Il vise aussi l'optimisation et l'harmonisation des processus, la gestion de

l'accès ainsi que l'organisation des services. Depuis 2008, le Ministère a octroyé un budget récurrent à ces services, totalisant 110 millions de dollars. En 2012-2013, il a annoncé l'ajout de 35 millions récurrents pour en améliorer l'accès.

Les résultats en 2012-2013 montrent une amélioration globale du respect des délais. Plus précisément, pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité « urgente », 65 % des demandes de services sont traitées dans les délais établis pour l'ensemble des établissements, comparativement à 57 % en 2011-2012. Cette amélioration est attribuable à une augmentation des demandes de services traitées à l'intérieur de trois jours dans les CSSS mais surtout, dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. En effet, pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, le taux des demandes de services traitées dans les délais est passé de 43 % à 54 % dans les premiers établissements et de 62 % à 72 % dans les seconds.

Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité « élevée », le résultat se maintient à 82 % des demandes de services traitées dans les délais définis pour l'ensemble des établissements et des déficiences.

Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité « modérée », le résultat montre que 90 % des demandes de services sont traitées dans les délais définis pour l'ensemble des établissements et des déficiences, et que la cible fixée pour 2015 est atteinte en 2012-2013.

Enfin, en vue d'atteindre les cibles prévues, un Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité, qui inclut une planification allant jusqu'en 2015, est préparé dans chacune des régions sociosanitaires. Les résultats observés à l'analyse démontrent que beaucoup de chemin a été parcouru depuis l'implantation de ces plans, que plusieurs composantes sont implantées ou en voie de l'être et que cet exercice a nécessité une grande mobilisation des acteurs, ce qui confirme la volonté de poursuivre les efforts pour leur pleine actualisation.

Objectif 3.1.2 Assurer, aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013 ¹	CIBLE
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	68 %	73 %	80 % des personnes d'ici 2015

1. En 2012-2013, le Ministère a procédé à une modification de la méthode de calcul liée à cet indicateur. Par conséquent, la comparaison des résultats avec ceux des années antérieures doit être faite avec précaution.

L'évaluation spécialisée dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance⁶ s'adresse à celles qui sont susceptibles de présenter des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent. À l'aide d'outils validés et standardisés, l'évaluation spécialisée permet de déterminer la gravité de la consommation ou des comportements des personnes toxicomanes ou qui s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent. Les résultats obtenus servent à la réalisation du plan d'intervention individuel et permettent d'orienter au mieux les personnes vers les services dont elles ont besoin.

⁶ Antérieurement appelé centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes

En 2012-2013, 73 % des usagers de tels centres ont été évalués à l'intérieur d'un délai de quinze jours ouvrables ou moins, ce qui représente une augmentation de cinq points de pourcentage comparativement à l'exercice précédent. Les centres de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance se sont dotés de moyens visant à atteindre progressivement la cible de 80 %. Parmi ceux-ci, mentionnons la mise en place d'un mécanisme d'accès en concertation avec les partenaires du milieu, l'assignation de personnel à l'évaluation et la formation des évaluateurs.

AXE : MÉDECINE ET CHIRURGIE

Objectif 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :			
▪ une chirurgie d'un jour	91,5 %	91,7 %	90 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	94,7 %	95,0 %	90 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	80,8 %	79,8 %	90 %
▪ une arthroplastie totale du genou	77,5 %	76,5 %	90 %
▪ une chirurgie de la cataracte	96,9 %	96,2 %	90 %
▪ une chirurgie bariatrique ¹	61,5 %	65,5 %	90 %

¹ Ce type de chirurgie fait partie de la catégorie « autres chirurgies (à préciser) » prévue à cet indicateur du Plan stratégique 2010-2015. En 2009, le Ministère a publié son plan d'action intitulé *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec*. Afin d'y donner suite, la chirurgie bariatrique a été isolée des chirurgies d'un jour et de celles qui impliquent l'hospitalisation, elle fait l'objet d'une reddition de comptes distincte depuis 2012-2013.

En 2012-2013, la proportion de l'ensemble des demandes de chirurgies réalisées à l'intérieur de six mois a légèrement diminué pour se situer à 92,9 %, comparativement à 93,0 % en 2011-2012. Le nombre total de chirurgies effectuées a quant à lui diminué de 1,0 %, passant de 458 750 à 454 086 (donnée non illustrée).

Au cours de l'année budgétaire, certains résultats ont atteint la cible de 90 %. Le pourcentage des demandes relatives à une chirurgie d'un jour traitées à l'intérieur de six mois a légèrement augmenté, étant passé de 91,5 % à 91,7 %. Il en va de même pour la chirurgie avec hospitalisation, dont les demandes traitées dans les délais sont passées de 94,7 % à 95,0 %. Bien que la proportion des demandes de chirurgie de la cataracte réalisées à l'intérieur de six mois ait diminué ainsi que le nombre de chirurgies effectuées, la cible demeure atteinte. Par ailleurs, il s'est réalisé 98 334 chirurgies de la cataracte, soit une diminution de 1,6 % par rapport à 2011-2012.

Pendant cette même période, le traitement des demandes relatives à certaines chirurgies ne correspond pas à la cible de 90 %. La proportion des demandes réalisées à l'intérieur de six mois pour des arthroplasties de la hanche et du genou a légèrement diminué. Selon le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, ce phénomène s'observait à la grandeur du Canada. Il peut s'expliquer par le fait que les demandes d'arthroplasties de la hanche et du genou ont augmenté respectivement de 1,5 % et de 2,4 %. Enfin, la proportion des demandes de chirurgie bariatrique traitées à l'intérieur de six mois a augmenté de 61,5 % à 65,5 %. Au cours de l'année, 2 013 chirurgies bariatriques ont été effectuées, ce qui représente une hausse de 163 demandes (8,8 %) par rapport à 2011-2012.

Objectif 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis

Demandes de services en hémodynamie

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Hémodynamie ¹			
▪ catégorie A	91,4 %	93,5 %	100 %
▪ catégorie B	85,6 %	90,7 %	90 %

¹ Hémodynamie : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à deux mois.

Durant la dernière année, le nombre de demandes traitées à l'intérieur des délais établis dans le secteur de l'hémodynamie a augmenté, passant de 91,4 % à 93,5 % pour la catégorie A et de 85,6 % à 90,7 % pour la catégorie B. Au total, 38 785 demandes ont été traitées en 2012-2013, ce qui représente environ 1 000 demandes supplémentaires par rapport à l'an dernier.

Demandes de services en chirurgie cardiaque

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Chirurgie cardiaque ¹			
▪ catégorie A	90,0 %	86,0 %	100 %
▪ catégorie B	65,8 %	66,9 %	90 %

¹ Chirurgie cardiaque : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à trois mois.

En 2012-2013, on observe une légère diminution de la proportion de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque pour la catégorie A ; le taux se situe à 86,0 %, comparativement à 90,0 % en 2011-2012. Cependant, les résultats de la catégorie B restent stables, le nombre de demandes satisfaites étant passé de 65,8 % à 66,9 %. Au cours de l'année, 6 739 demandes pour une chirurgie cardiaque ont été réalisées par rapport à 6 558 pour l'année 2011-2012, soit 181 demandes de plus.

Demandes de services en électrophysiologie

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Électrophysiologie ¹			
▪ catégorie A	70,8 %	71,4 %	100 %
▪ catégorie B	40,0 %	44,5 %	75 %

1. Électrophysiologie : catégorie A : moins de 48 heures, catégorie B : de 48 heures à trois mois (excluant les cardiostimulateurs)

En 2012-2013, 9 467 procédures en électrophysiologie (incluant les cardiostimulateurs) ont été effectuées. Le pourcentage des interventions faites dans les délais reste stable pour la catégorie A ; il a augmenté légèrement, de 70,8 % à 71,4 %. La progression est davantage marquée pour la catégorie B, le taux étant passé de 40,0 % à 44,5 %. Les écarts observés entre les résultats et les cibles s'expliquent en partie par l'augmentation de la demande pour ce type de services. Ainsi, durant les cinq dernières années, on a enregistré environ 2 000 demandes supplémentaires. De nouvelles indications concernant le traitement de certaines arythmies cardiaques ont notamment entraîné cet accroissement.

Objectif 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,1 %	97,8 %	90 % des personnes d'ici 2015

En 2012-2013, la proportion des patients ayant besoin d'un traitement de radio-oncologie qui ont été traités à l'intérieur du délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts s'est située au-delà de la cible de 90 %. Cette cible a été largement dépassée, le taux grimpant jusqu'à 97 %, pour 40 des 52 semaines de cette année.

AXE : URGENCES

Objectif 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	23,6 %	24,0 %	Au plus, 15 % des séjours d'ici 2015
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	6,5 %	6,7 %	Moins de 1 % des séjours d'ici 2015
Séjour moyen sur civière	17,2 heures	17,5 heures	12 heures ou moins

Le Ministère, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, a assuré un suivi intensif auprès des urgences en difficulté afin de les soutenir dans la définition d'objectifs de redressement. De plus, les travaux du Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences se poursuivent. Le mandat de ce comité consiste à déterminer, avec les établissements et les agences, les solutions à appliquer en amont et en aval des urgences pour améliorer l'accès aux lits de courte durée et aux soins en première ligne.

Les systèmes d'information utilisés dans les urgences permettent d'obtenir au quotidien des données concernant la situation dans 104 urgences. Le nombre de visites comptabilisées (ambulatoires et sur civière) se chiffre à 3 408 825 pour l'année 2012-2013.

On observe une légère détérioration des résultats cette même année par rapport à l'exercice précédent. Le pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière a connu une hausse de 23,6 % à 24 %, le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a augmenté de 6,5 % à 6,7 % et le séjour moyen sur civière est passé de 17,2 à 17,5 heures.

Au regard de ces résultats, il importe de suivre de près l'achalandage des unités d'urgence. Il faut considérer une augmentation de 0,8 % du nombre d'utilisateurs sur civière par rapport à l'année 2011-2012, comme l'indique le tableau sur les écarts. Près de la moitié de ces utilisateurs sont arrivés en ambulance (45,2 %) et leur nombre total a connu une hausse de 3,4 % au cours de l'exercice 2012-2013. En outre, les personnes de 75 ans ou plus représentaient un peu plus du quart des patients sur civière (26,5 %) et leur nombre a augmenté de 4,6 %. On estime que les utilisateurs sur civière répondant aux deux critères précités (arrivés en ambulance et âgés de 75 ans ou plus) ont besoin de davantage de soins et de services.

Achalandage des unités d'urgence

ANNÉES	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ARRIVÉS EN AMBULANCE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ≥ 75 ANS
2011-2012	1 075 939	473 786	274 599
2012-2013	1 083 761	489 692	287 074

Écarts entre 2011-2012 et 2012-2013

COMPARAISON	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ARRIVÉS EN AMBULANCE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ≥ 75 ANS
Écart en nombre	7 822	15 906	12 475
Taux de variation	0,8 %	3,4 %	4,6 %

AXE: SANTÉ MENTALE

Objectif 3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Nombre total d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours ¹	6 027 utilisateurs, soit une augmentation de 632 par rapport à 2009-2010	6 558 utilisateurs, soit une augmentation de 1 163 par rapport à 2009-2010	Diminution

1. L'indicateur inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 est le suivant : « Pourcentage de personnes dont les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne ont débuté à l'intérieur de 60 jours ». Actuellement, cette donnée n'est pas disponible. L'indicateur présenté fait partie des indicateurs de gestion suivis par le Ministère en 2012-2013 dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité qu'il a signées avec les agences.

Le nombre de personnes qui attendent des services spécialisés de santé mentale a continué d'augmenter en 2012-2013, pour atteindre 6 558 utilisateurs. Le Ministère entend poursuivre le développement de l'ensemble des services prévus dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010 afin de soutenir le continuum de services, incluant l'accès aux services spécialisés.

ENJEU 4

LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

AXE: CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectif 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis :			
▪ Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	79 %	84 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	89 %	85 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	89 %	96 %	90 % des CHSGS d'ici 2015

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales constituent des enjeux importants de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé au Québec. Des programmes obligatoires de surveillance des infections nosocomiales ont donc été instaurés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Ces centres, regroupés sur la base de caractéristiques communes, ont un taux cible (seuil) à respecter.

Les diarrhées à *Clostridium difficile* font l'objet d'une surveillance obligatoire dans 89 installations de courte durée. Les installations ciblées sont celles qui comptabilisent 1 000 admissions et plus par année au regard des soins de courte durée, excepté ceux qui relèvent de la psychiatrie, de la pouponnière et de la néonatalogie. En 2012-2013, 75 installations ont un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi, soit 5 installations de plus qu'en 2011-2012.

Les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ont été suivies systématiquement dans 89 installations en 2012-2013. Il s'agit d'installations qui enregistrent 1 000 admissions et plus par année pour des soins de courte durée, sauf ceux qui sont donnés par les unités de soins de longue durée, le département de psychiatrie et la pouponnière, mais y compris les soins intensifs néonataux. En 2012-2013, 85 % (76/89) des installations respectent le taux d'incidence ciblé comparativement à 89 % (78/88) l'année précédente.

Quant à la surveillance des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux, elle est obligatoire dans les installations ayant des unités de soins intensifs de dix lits ou plus, mises à part les unités de soins coronariens. En 2012-2013, 42 des 44 unités soumises au programme de surveillance, soit 96 % d'entre elles, ont un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour leur catégorie. Il s'agit d'une amélioration par rapport à l'année précédente et la cible de 90 % a été atteinte.

La mise en œuvre du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2010-2015 suit son cours et respecte, de façon générale, les échéanciers prévus. L'implantation de programmes obligatoires de surveillance se poursuit telle qu'elle avait été prévue dans ce plan d'action. Il en va de même pour l'élaboration et le développement de mesures de prévention et de contrôle dans les différentes sphères d'activité, notamment l'hygiène et la salubrité, le retraitement des dispositifs médicaux, l'immobilisation et la formation. Des avis et des lignes directrices sur des sujets précis ont été émis par le Comité des infections nosocomiales du Québec. Enfin, des visites sont effectuées au besoin par les agences afin de soutenir les établissements aux prises avec une problématique particulière.

Orientation 4.2

Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux

AXE : CRÉNEAUX D'EXPERTISE ET FORMATION

Objectif 4.2.1 Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ayant une mission universitaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012 ¹	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Créneaux d'expertise identifiés	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	De 2010 à 2015

1. Les résultats des services de santé ne sont pas disponibles en 2011-2012 et 2012-2013.

Dans le domaine social, cinq établissements ont une désignation d'institut universitaire et six, une désignation de centre affilié universitaire. Tous ces établissements ont déterminé leurs créneaux d'expertise en services sociaux.

AXE : ÉVALUATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Objectif 4.2.3 Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012 ¹	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage d'établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	100 % d'ici 2015
Inventaire des activités accomplies en transfert des connaissances destinées au réseau réalisé	Services sociaux : inventaire réalisé	Services sociaux : inventaire réalisé	Réalisation dans le cadre du Plan stratégique 2010-2015

1. Pour les deux indicateurs, les résultats concernant les services de santé ne sont pas disponibles en 2011-2012 et 2012-2013.

Au 31 mars 2013, les onze établissements ayant une désignation universitaire⁷ (100 %) avaient mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances en services sociaux, laquelle inclut notamment l'identification des personnes responsables du transfert des connaissances ainsi que les renseignements sur la réalisation des activités à ce sujet. Par ailleurs, l'inventaire fait par chacun des établissements permet d'apprécier la diversité des activités menées à bien au regard du transfert de connaissances, dont la publication d'articles scientifiques, la réalisation de projets de recherche en partenariat et la production de guides de pratique ou d'accompagnement.

7. Pour obtenir une désignation universitaire – institut universitaire ou centre affilié universitaire du ministre, les établissements qui en font la demande doivent satisfaire aux critères énoncés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, du Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux et des guides d'interprétation des critères de désignation à titre de centre affilié universitaire ou d'institut universitaire dans le domaine social.

Objectif 4.2.4 Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Nombre de projets d'évaluation réalisés par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux	7 projets	11 projets	Augmentation

La réalisation de projets d'évaluation des modes de pratique en services sociaux concerne seulement les instituts universitaires assujettis à cet objectif. L'indicateur permet de suivre l'évolution du travail accompli au sein des unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux. Au 31 mars 2013, onze projets ont été réalisés.

Orientation 4.3

Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

AXE : DOSSIERS CLINIQUES INFORMATISÉS

Objectif 4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Processus de qualification d'un nombre limité de solutions informatiques de DME réalisé ¹	1 ^{er} processus réalisé, qui a permis d'homologuer 7 solutions DME	2 ^e processus réalisé, qui a permis d'homologuer 8 solutions DME	3 ^e processus d'homologation des DME réalisés d'ici 2015
Pourcentage des établissements qui utilisent une solution informatique de DCI	11 % (14 établissements sur 122)	13 % (16 établissements sur 121)	50 % des établissements visés d'ici 2015

1. Le libellé de cet indicateur a été modifié depuis l'adoption du Plan stratégique 2010-2015 afin de retirer la qualification de solutions de DCI. En effet, le choix du DCI à implanter dans les centres hospitaliers relève désormais des agences.

Le dossier médical électronique (DME) est une application informatique se référant au dossier médical d'un patient utilisé par les professionnels de la santé dans des cliniques médicales. Il sert à colliger, à organiser, à visionner et à communiquer l'information clinique et sociodémographique sur le patient.

Le processus de qualification est réalisé à l'aide d'un appel d'homologation, par l'intermédiaire du site SEAO.ca. En 2012-2013, huit solutions concernant le dossier médical électronique ont été homologuées. Au mois de février 2013, la troisième et dernière phase a été lancée ; elle vise à ce que toutes les solutions homologuées soient interopérables avec les domaines Laboratoires et Imagerie médicale du Dossier Santé Québec (DSQ), en plus du domaine Médicament.

Le dossier clinique informatisé (DCI) est un dossier médical du patient tenu par un établissement hospitalier. Il contient tous les renseignements consignés par les cliniciens de cet établissement au moment d'une consultation, au cours d'une période de traitement ou pendant une hospitalisation. Le partage des renseignements inscrits est limité à ces seuls cliniciens, à moins que le patient n'ait donné son consentement pour que d'autres personnes y aient accès.

Les 121 établissements ciblés pour l'utilisation d'une solution relative au DCI sont les 94 centres de santé et de services sociaux ainsi que 27 centres hospitaliers, répartis dans toutes les régions du Québec. Au 31 mars 2013, 16 établissements utilisaient un tel dossier, soit 13 % d'entre eux. À ceux-là s'ajoutent les 22 établissements qui ont partiellement implanté un DCI. Au total, 38 des 121 établissements (31 %) utilisent une solution DCI complète ou partielle. Dans ce dernier cas, les cliniciens peuvent déjà utiliser certaines fonctions du système. Par ailleurs, des analyses portant sur l'acquisition et l'implantation de solutions relatives à ce dossier sont en cours dans d'autres établissements ainsi que dans certaines agences de la santé et des services sociaux. L'objectif que 50 % des établissements disposent du DCI en 2015 est donc en bonne voie d'être atteint.

ENJEU 5

L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

AXE : DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE

Objectif 5.1.1

Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre la médecine de famille et la médecine spécialisée

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits dans un programme de médecine familiale	43 %	46 %	50 % des postes d'ici 2015

En 2012-2013, 834 nouveaux résidents ont commencé leur formation postdoctorale dans le contingent régulier ; 384 d'entre eux étaient inscrits dans un programme de médecine familiale. Ce sont 46 % des postes de résidence liés à ce programme qui ont été comblés, comparativement à 43 % en 2011-2012.

Les mesures de valorisation de la médecine familiale auprès des étudiants devront se poursuivre pour que la cible puisse être atteinte en 2015. Les occasions de faire se côtoyer ces étudiants et des médecins de famille pendant le pré-externat et l'externat devront quant à elles être accrues, de manière à favoriser le choix de cette profession (*role model*). Par ailleurs, des actions visant à augmenter l'attrait pour la médecine de famille ont été menées au cours des dernières années dans les facultés de médecine.

Objectif 5.1.2 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même accès aux services médicaux. Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) visent à assurer une plus grande équité sur ce point.

Les médecins de famille

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011 ¹	RÉSULTATS 2012 ²	CIBLES
Degré d'atteinte des cibles de recrutement autorisé de médecins en début de pratique au Québec (nouveaux facturants) dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions ³ :			
▪ régions éloignées	121 % ⁴	100 %	80 %
▪ régions intermédiaires	108 %	82 %	80 %
▪ régions périphériques	101 %	100 %	80 %
▪ régions universitaires	100 %	100 %	80 %

1. Le PREM 2011 en médecine de famille était en vigueur du 1^{er} décembre 2010 au 30 novembre 2011, tandis que le PREM 2011 en médecine spécialisée était en vigueur du 18 février 2011 au 30 novembre 2011.

2. Les PREM 2012 en médecine de famille et en médecine spécialisée étaient en vigueur du 1^{er} décembre 2011 au 30 novembre 2012.

3. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les régions intermédiaires sont le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais. Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie. Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

4. Le résultat 2011 a été revu à la baisse (121 %, au lieu de 123 %) en raison d'un désistement.

En ce qui concerne la médecine de famille, les données montrent que la cible de 80 % fixée dans les plans régionaux d'effectifs médicaux est dépassée, les résultats atteignant 100 % dans plusieurs régions du Québec. Pour les régions intermédiaires et éloignées, les cibles de recrutement selon la catégorie de médecins (nouveaux facturants ou médecins déjà en pratique qui viennent d'une autre région) sont données à titre indicatif dans ces plans. En fonction des occasions qui s'offrent à elles, les autorités d'une région intermédiaire ou éloignée peuvent modifier ces cibles, sans toutefois dépasser le recrutement total autorisé.

Il faut préciser que les résultats obtenus pourraient être revus à la baisse puisque le délai d'installation d'un médecin de famille peut s'échelonner sur un an et qu'il peut y avoir des désistements.

Les médecins spécialistes

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011	RÉSULTATS 2012	CIBLES
Degré d'atteinte des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par rapport aux postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de régions :			
▪ régions éloignées	80 %	81 %	80 %
▪ régions intermédiaires	87 %	88 %	80 %
▪ régions périphériques	91 %	90 %	80 %
▪ régions universitaires	96 %	96 %	80 %

Pour ce qui est des plans régionaux d'effectifs médicaux 2012 en médecine spécialisée, la cible de 80 % a été atteinte ou dépassée dans toutes les catégories de régions. Ces résultats sont la conséquence d'une gestion rigoureuse des plans, particulièrement dans les régions universitaires. En outre, la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé favorise une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Tant en médecine de famille qu'en médecine spécialisée, le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, devront continuer à offrir des mesures incitatives non seulement pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi pour favoriser une meilleure répartition intrarégionale.

AXE : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

Objectif 5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	93 %	100 %

En avril 2012, le Ministère a procédé à la mise à jour du cadre normatif portant sur la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre pour le réseau de la santé et des services sociaux. Ce document introduit la production annuelle d'un plan de main-d'œuvre aux niveaux local, régional et national. Il encadre et uniformise le processus de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre. Cela donne une base commune qui permet la comparaison des résultats. Les informations recueillies dans les établissements et les agences servent également à l'élaboration d'un plan national de planification de la main-d'œuvre.

Le dernier cycle de production a pris fin en février 2013; la grande majorité des établissements et des agences (93 %) ont respecté ce nouveau processus en produisant et en déposant leur plan d'action.

Objectif 5.1.4

Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	81,7 %	88,8 %	100 % des établissements d'ici 2015

Depuis 2010-2011, les établissements doivent mettre en œuvre des activités prévues dans un plan d'action portant sur la révision des processus de soins et de services ainsi que sur la réorganisation du travail. Ces activités doivent être menées en collaboration avec les instances syndicales et professionnelles locales.

Au 31 mars 2013, 88,8 % des établissements (159/179) avaient terminé au moins une démarche concertée de révision des processus, tant de soins et de services que de réorganisation du travail. Parmi les réalisations, signalons les projets visant la réorganisation des processus en soins infirmiers, les projets d'optimisation des services à domicile et dans les urgences ainsi que divers projets LEAN.

Objectif 5.1.5

Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des heures supplémentaires :			Diminution de 10 % de la situation prévalant en 2009-2010 soit :
▪ infirmières	5,59 %	5,61 %	5,12 % des heures travaillées en 2015
▪ ensemble du réseau	3,40 %	3,40 %	3,11 % des heures travaillées en 2015

En 2012-2013, le pourcentage des heures supplémentaires pour les infirmières a diminué de 1,4 % par rapport à la situation qui prévalait en 2009-2010 (5,69 %). Le pourcentage calculé pour l'ensemble du réseau a quant à lui réduit de 1,7 % comparativement à la situation de 2009-2010 (3,46 %).

Objectif 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers :			Diminution de 25 % de la situation prévalant en 2009-2010 soit : 3,45 % en 2015
▪ infirmières	3,80 %	3,56 %	
▪ infirmières auxiliaires	2,06 %	1,88 %	2,26 % en 2015
▪ préposés aux bénéficiaires	1,24 %	1,24 %	1,38 % en 2015

En 2012-2013, le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en ce qui a trait aux infirmières a diminué de 22,8 % par rapport à la situation qui prévalait en 2009-2010 (4,61 %). Ce pourcentage pour les infirmières auxiliaires a baissé de 37,5 % pour la même année de référence (3,01 %). Enfin, pour les préposés aux bénéficiaires, il a réduit de 32,6 % comparativement à 2009-2010 (1,84 %). Soulignons que les résultats obtenus pour les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires atteignent déjà la cible prévue pour 2015.

RÉDUCTION DU TEMPS TRAVAILLÉ EN HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET DU RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

En vue de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires, le Ministère a entrepris, au cours des dernières années, des actions qui sont toujours porteuses au sein du réseau. Depuis 2011, les établissements sont ainsi soumis aux directives ministérielles encadrant le recours à la main-d'œuvre indépendante. Le Ministère a, au cours de l'exercice, accompagné dans leur démarche 37 établissements qui faisaient une utilisation importante de main-d'œuvre indépendante et comptabilisaient beaucoup de temps travaillé en heures supplémentaires.

De plus, pour atteindre cet objectif, les établissements ainsi que les agences ont utilisé, comme dans les années précédentes, les leviers d'action découlant de la stratégie ministérielle relative aux soins infirmiers. Ces actions ont aussi été menées dans la perspective d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre. Enfin, la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires s'est inscrite dans les projets d'optimisation du réseau visant une meilleure gestion des ressources humaines et financières.

AXE: DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL D'ENCADREMENT ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE MANAGEMENT

Objectif 5.1.7 Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres ¹	9 projets sont en cours de réalisation, tel que prévu	9 projets terminés au 31 mars 2013	100 % des projets

1. Les phases du programme se terminent en 2012-2013.

La première phase du programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres a commencé en 2011 et s'est terminée en 2012-2013. La réalisation des neuf projets entrepris pour améliorer les conditions d'exercice et de soutien aux cadres ont notamment contribué :

- à rééquilibrer la charge de travail des cadres (revue des comités et des groupes de travail, amélioration de l'efficacité des réunions, etc.);
- à clarifier le profil des rôles et des responsabilités des cadres (référentiel de compétences, gestion de proximité, guide de pratiques professionnelles, etc.);
- à optimiser des processus de travail (gestion des horaires de travail et de la liste de rappel, gestion des approvisionnements, etc.);
- à développer des compétences individuelles (parcours d'apprentissage, activités de transfert de connaissances, etc.);
- à améliorer le travail en coopération et la gestion à distance (guide de bonnes pratiques, notamment).

La seconde phase, à laquelle participent 34 établissements, a débuté au printemps 2012 et prendra fin en septembre 2013.

Objectif 5.1.8 Mettre en place, à l'échelle nationale, un programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur (direction générale et direction générale adjointe).

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage des cadres supérieurs admis au programme de relève des hors-cadre sur la cible fixée ¹	90 % des 20 places disponibles en 2011-2012	75 % des 20 places disponibles en 2012-2013	100 % de la cible nationale fixée annuellement

1. Le libellé de cet indicateur a été modifié en 2012-2013. Auparavant, il se lisait comme suit : « Pourcentage des places prévues dans le programme de relève des hors cadres comblées par des cadres supérieurs chaque année ».

Parmi les 16 candidatures reçues en 2012-2013, 15 répondaient aux critères d'admissibilité du programme de relève des hors-cadres (direction générale et direction générale adjointe), ce qui a permis de combler 75 % des 20 places disponibles. Ce programme existe depuis septembre 2009. Parmi les 106 personnes qui ont poursuivi le programme, 49 ont obtenu un poste de hors-cadre, dont 23 un poste de directeur général et 26 un poste de directeur général adjoint.

Orientation 5.2

Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

AXE : RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

Objectif 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

INDICATEURS ¹	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	51,7 %	59,8 %	100 % des établissements d'ici 2015
Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	13,9 %	4,5 %	50 % des établissements d'ici 2015
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées ²	5,86 %	6,09 %	Ratio de 5,15 % ³

1. Les résultats relatifs à l'indicateur « Obtention et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé », sont présentés dans la partie 2.2 du présent document (voir l'action 2).
2. Le libellé de cet indicateur a été modifié en 2012-2013. Auparavant, il se lisait comme suit : « Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées ».
3. L'atteinte, en 2015 du ratio d'assurance salaire de 5,15 % correspond à une diminution de 7,1 % par rapport au ratio de 5,54 % qui avait été établi en 2009-2010.

LE PROCESSUS D'AGRÈMENT INCLUANT LE VOLET DE MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

En 2012-2013, 18 établissements ont réussi le processus d'agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines. Ainsi, au 31 mars 2013, 59,8 % des établissements avaient obtenu cet agrément.

L'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS PAR UN PROGRAMME VISANT L'AMÉLIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL

Au cours de l'exercice, quatre établissements ont été accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail. Depuis 2010-2011, la proportion des établissements engagés dans une telle démarche d'accréditation atteint 4,5 %.

En 2011-2012, le nombre d'établissements accrédités comprenait certains établissements engagés dans le processus « Établissements promoteurs de santé » sans l'avoir encore terminé. En 2012-2013, seuls les établissements dûment accrédités par l'une des démarches reconnues visant l'amélioration du climat de travail, soit Planetree, Entreprise en santé ou Établissements promoteurs de santé, sont comptabilisés. Ceci explique l'écart des résultats entre les deux années.

LA GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

Pour l'exercice financier 2012-2013, le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées s'est établi à 6,09 %, comparativement à 5,86 % en 2011-2012. Les résultats montrent ainsi une augmentation de 3,92 % de ce ratio entre les deux exercices financiers, alors que la cible vise une diminution.

Compte tenu de cette situation, le dossier de la présence au travail demeure une vive préoccupation des organisations du réseau et du Ministère. Les travaux amorcés au cours des années précédentes se sont poursuivis et ont impliqué la collaboration du Ministère, des agences ainsi que des établissements. De plus, un comité de travail national a été créé en 2012-2013 pour analyser l'augmentation du ratio d'assurance salaire et faire des recommandations aux autorités ministérielles.

Objectif 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	87 %	87 %	100 % des établissements d'ici 2015

Le programme de soutien à la relève professionnelle (préceptorat), un programme clinique, a été instauré en 2008 tant pour attirer et retenir davantage les infirmières et infirmières auxiliaires dans leur milieu de travail que pour stabiliser les équipes de soins. Avec le soutien d'une infirmière experte (préceptrice), il permet d'accompagner les infirmières ainsi que les infirmières auxiliaires ayant moins de deux ans d'expérience et de les aider à acquérir les compétences nécessaires à une pratique sécuritaire.

Le Ministère réserve annuellement 14,5 millions de dollars à ce programme. Au 31 mars 2013, 87 % des établissements ciblés dans seize régions sociosanitaires avaient mis en place leur programme de soutien clinique (préceptorat).

ENJEU 6

UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

AXE : OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

Objectif 6.1.1

Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Mise en œuvre d'une démarche d'optimisation de portée nationale ¹	Démarche en cours	Démarche en cours	2011 à 2014
Nombre de centres de traitement reliés aux technologies de l'information	Sans objet	250 ²	Diminution de 20 %

1. Cet indicateur remplace temporairement l'indicateur « Pourcentage des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources » défini dans le Plan stratégique 2010-2015 afin de rendre compte des projets d'optimisation en 2012-2013.

2. Mesure de départ établie pour évaluer l'atteinte de la cible.

DÉMARCHE D'OPTIMISATION

Le gouvernement a misé sur une approche limitant à 5 % la progression annuelle du financement des dépenses totales en santé. Cela signifie que le système de santé et de services sociaux doit composer avec un écart de croissance de financement qui se traduit par une démarche d'optimisation⁸ de l'ordre de 730 millions de dollars sur une période allant du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2014.

Au cours de l'année 2012-2013, les Orientations en matière de coordination des projets d'optimisation par les agences de santé et de services sociaux et mesures de soutien en découlant ont été déployées auprès des agences, qui commencent à les appliquer.

CENTRES DE TRAITEMENT RELIÉS AUX TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Un premier inventaire des centres de traitement reliés aux technologies de l'information a été fait en 2012-2013. Le réseau de la santé et des services sociaux compte 250 centres de plus de quatre serveurs dans ses établissements. Ces centres hébergent au total 19 000 serveurs, physiques ou virtuels, et des dizaines de pétaoctets de données.

Plusieurs agences ont déposé leur plan d'optimisation des centres de traitement reliés aux technologies de l'information : Montréal, Chaudière-Appalaches, Québec et Montérégie, auxquelles s'ajoute un centre suprarégional couvrant les agences de Laval, des Laurentides et de Lanaudière. Ces plans sont présentement évalués et révisés par le Ministère.

⁸ La démarche d'optimisation vise à utiliser de façon optimale les ressources (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) disponibles dans les processus cliniques et administratifs, et ce, afin de dégager la marge de manœuvre nécessaire pour faire face à la croissance de la demande malgré le contexte financier actuel.

Une équipe chargée d'accompagner les agences dans la réalisation de ce plan d'optimisation a été mise en place au Ministère au cours de l'année.

Objectif 6.1.2 Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité dans certains secteurs

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Méthodologie et indicateurs disponibles	En développement	En développement	2010 à 2015

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action ministériel 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion, le Ministère a adopté une démarche structurée de sélection d'indicateurs de performance et l'a décrite dans son Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux. Tel que cela est prévu dans son Plan d'action, le Ministère a mis en place des groupes de travail chargés de sélectionner les indicateurs permettant d'évaluer la performance de ses différents programmes-services.

C'est dans ce contexte que le Ministère poursuit les travaux relatifs au développement des indicateurs qui alimenteront la dimension « efficacité » de son cadre de référence, et ce, en cohérence avec le guide précité. Précisons ici qu'il existe peu d'indicateurs concernant l'efficacité et qu'une attention particulière devra être portée au développement lié à cette dimension de la performance. Les indicateurs actuellement en développement ont trait aux programmes-services Jeunes en difficulté et Soutien à l'autonomie des personnes âgées ainsi qu'au secteur des services spécialisés – bloc opératoire. Par ailleurs, la collecte, dans les systèmes d'information ministériels, de certains renseignements essentiels au calcul de ces indicateurs a commencé depuis peu.

AXE : SUIVI ET RÉTROACTION SUR LA PERFORMANCE

Objectif 6.1.3 Évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction sur les résultats

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Cadre d'analyse diffusé	Réalisé	Réalisé	2011

Le cadre de référence en matière d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux ayant été entériné par les autorités ministérielles en 2011-2012, les efforts ont ensuite porté sur l'élaboration d'un plan d'action ministériel qui, à terme, soit en 2015, devrait permettre de disposer d'un portrait à la fois général et exhaustif de la performance de ce système public à l'échelle nationale, régionale et locale.

Le Ministère est déjà résolument engagé dans la mise en œuvre du plan d'action. Ayant d'abord sensibilisé le réseau et les principaux acteurs sociosanitaires extraministériels à l'importance de se mobiliser pour réaliser cet objectif du plan stratégique, il veille actuellement à assurer la mise au point de systèmes d'information et de banques de données qui permettent de soutenir l'évaluation de la performance. Des travaux sont actuellement en cours pour la sélection et l'élaboration d'indicateurs de performance en

matière d'accessibilité des services (accessibilité et équité d'accès), de qualité des services (efficacité, sécurité, réactivité et continuité) et d'optimisation des ressources (efficience et viabilité). Ces indicateurs concernent les programmes-services Santé publique, Jeunes en difficulté et Déficience physique ainsi que le secteur Accès à la chirurgie du programme-services Santé physique. Un guide méthodologique a été préparé afin d'assurer le développement cohérent et optimal des indicateurs. Ce document, le cadre de référence et toutes les productions d'intérêt en matière d'évaluation de la performance sont rendus accessibles au réseau par l'intermédiaire de l'Espace informationnel de l'intranet ministériel.

Enfin, le Ministère a collaboré de façon étroite avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour la diffusion d'indicateurs comparables au niveau national, régional et local. Cette collaboration s'est traduite notamment par la publication des indicateurs de santé en mai 2012, le Projet de rapport sur les hôpitaux canadiens (publié annuellement par l'Institut), en avril 2012 et en mars 2013, et la publication du ratio normalisé de mortalité hospitalière en décembre 2012.

Orientation 6.2

Assurer une gouvernance plus imputable

AXE : PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ET RÈGLES D'IMPUTABILITÉ

Objectif 6.2.1 Clarifier, dans une perspective de subsidiarité, le partage des responsabilités ainsi que les règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative	Adoption de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux	Chantier <i>Pour un meilleur partage des responsabilités</i>	2011-2012

L'adoption de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, en 2011, a apporté des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment en ce qui a trait aux rôles ainsi qu'aux responsabilités des conseils d'administration des agences et des établissements.

En continuité avec ces changements législatifs, le projet *Pour un meilleur partage des responsabilités MSSS-agences-établissements* a été mis sur pied en juin 2012. Il vise à préciser le partage des responsabilités entre le Ministère, les agences et les établissements concernant différents volets. Ses finalités sont d'accroître la cohérence dans l'ensemble du réseau à l'égard de l'application de ce que prescrit la Loi et d'alléger les processus administratifs nécessitant une complémentarité entre les trois paliers de gestion.

Au cours de l'année 2012-2013, deux comités opérationnels ont été mis en place afin de se pencher sur le volet des immobilisations et des équipements ainsi que sur celui des ressources humaines. Ils se composent de représentants du Ministère, des agences et des établissements. Le Comité opérationnel sur les immobilisations et les équipements a commencé ses travaux en septembre et a présenté ses recommandations en décembre. Un plan de mise en œuvre, adopté peu après, en est présentement à l'étape du déploiement. Quant aux travaux sur la gestion des ressources humaines, ils se sont amorcés à l'hiver et le comité opérationnel a livré ses recommandations au printemps 2013.

De plus, un exercice complémentaire portant sur l'ensemble des rôles et des responsabilités des trois paliers de gouvernance s'est amorcé au cours de la même année. Les résultats ont été présentés et approuvés par le comité directeur du projet. Ils seront utilisés dans le cadre des travaux portant sur les autres volets du chantier, dont l'organisation des services.

AXE : RÉVISION DES PROCESSUS ADMINISTRATIFS

Objectif 6.2.2 Procéder à l'allègement de la réglementation et des normes administratives en vigueur

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Réglementation et normes administratives révisées	Révision de la réglementation en cours	Révision de la réglementation en cours	2011 à 2015

Le Ministère a poursuivi la révision du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, dont l'adoption remonte à 1984, afin d'adapter celui-ci à la législation actuelle et de l'alléger lorsque cela est possible. Après de nombreuses rencontres de travail et consultations auprès des différentes directions du Ministère, une version préliminaire du projet de règlement a été produite à l'automne 2012. Elle a été envoyée pour consultation aux agences de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux associations d'établissements. D'autres consultations sont prévues auprès des ordres professionnels avant la prépublication du projet de règlement dans la Gazette officielle du Québec.

Retrait d'actions du Plan stratégique 2010-2015

OBJECTIFS	INDICATEURS	RAISON
1.1.1 Renforcer le soutien aux intervenants et gestionnaires engagés dans le développement de communautés en santé	<ul style="list-style-type: none"> Plan d'action ministériel adopté Évaluation de la mise en œuvre du plan d'action ministériel 	Réorientation des travaux. Les actions prévues dans ce plan d'action sont intégrées à la révision de la Politique nationale de santé publique en 2015. L'évaluation n'est donc plus nécessaire.
2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures 	Cet indicateur a fait l'objet d'une expérimentation dans des sites pilotes. Au regard des résultats de l'expérimentation, le comité des chefs clinico-administratifs national a recommandé de ne pas retenir cet indicateur.
2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté	<ul style="list-style-type: none"> Durée moyenne des placements 	La cible n'indique pas nécessairement un respect de l'esprit de la Loi sur la protection de la jeunesse. Le Ministère juge plus à propos de suivre l'évolution du nombre d'enfants selon la durée de leur placement.

2.2 Plan d'action de développement durable 2009-2013

La présente section fait état des résultats des 17 actions menées dans le cadre du Plan d'action de développement durable 2009-2013⁹. Cependant, en raison du prolongement de la Stratégie gouvernementale de développement durable, le Ministère a actualisé son plan d'action jusqu'au 31 mars 2015. Certaines cibles se poursuivront donc au-delà de 2013.

Depuis cette année, les ministères et les organismes n'ont plus à faire l'énumération des gestes posés dans leurs rapports annuels de gestion. À la fin de la section se trouve un tableau indiquant les actions qui ont été retirées du plan d'action et les raisons de leur retrait.

9. Depuis septembre 2012, les activités du Secrétariat aux aînés ont été intégrées à celles du Ministère

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1

INFORMER, SENSIBILISER, ÉDUQUER, INNOVER

Objectif gouvernemental 1

Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière ainsi que l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre

» Objectif organisationnel

Faire connaître, au sein du Ministère, la Loi sur le développement durable, la nature et la portée de ses seize principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable

ACTION 1 : SENSIBILISATION ET FORMATION DES EMPLOYÉS DU MINISTÈRE À LA DÉMARCHE GOUVERNEMENTALE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Taux des personnels ciblés du Ministère ayant suivi une formation traitant minimalement de deux contenus de référence	46 %	50 % des personnels ciblés en 2012-2013

Le plan de formation au développement durable du Ministère, mis en œuvre en 2012-2013, prévoyait la formation de 400 personnes. Considérant que la cible gouvernementale a été fixée à 50 % des personnels ciblés au 31 mars 2013, au moins 200 personnes étaient visées par la formation.

Au cours de la dernière année financière, 173 personnes du Ministère ont été rencontrées pour une séance de formation. Les contenus de référence portent sur la démarche gouvernementale de développement durable et la prise en compte des principes qui régissent celui-ci.

De plus, au cours des trois dernières années, le nombre de membres du personnel du Ministère ayant participé à des formations offertes par le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs s'établit à 12. Au total, ce sont 185 personnes qui ont été rencontrées et formées, ce qui représente 46 % des personnels ciblés.

En plus de la formation, la sensibilisation de l'ensemble du personnel du Ministère au développement durable se poursuit. Parmi les moyens utilisés, on trouve :

- des présentations aux nouveaux arrivants ;
- la diffusion de deux capsules d'information portant sur l'application des principes de développement durable sur l'intranet ministériel ;
- la tenue de conférences thématiques sur les transports actifs et collectifs ainsi que sur les changements climatiques.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 2

RÉDUIRE ET GÉRER LES RISQUES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ, LA SÉCURITÉ ET L'ENVIRONNEMENT

Objectif gouvernemental 4

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement

» Objectif organisationnel

Favoriser des environnements sains pour les personnels et clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 2 : ORGANISATION EN SANTÉ

Faire du Ministère une organisation certifiée « Entreprise en santé », promouvoir la norme auprès de différentes organisations intéressées et leur faire profiter de l'expérience acquise

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Certification renouvelée ¹	Atteint	Renouvellement de la certification en 2013

1. Le maintien de la certification est également un indicateur défini pour l'objectif 5.2.1 du Plan stratégique 2010-2015.

L'objectif pour l'exercice 2012-2013 était de renouveler la certification « Entreprise en santé ». Cette année, le Ministère a non seulement atteint son objectif, mais il a démontré, à l'occasion des audits menés par le Bureau de normalisation du Québec, qu'il satisfait désormais aux normes d'une « Entreprise en santé Élite ».

ACTION 3: POLITIQUES ALIMENTAIRES

Promouvoir et favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires chez le personnel et les clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux en offrant des environnements alimentaires sains

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Pourcentage des établissements ayant adopté une politique alimentaire	90 % des établissements	95 % des établissements en 2013-2014

La cible de 95 % a été reconduite pour la période 2013-2014. Les travaux en cours permettent d'affirmer que 90 % des établissements ont maintenant adopté une politique alimentaire.

» Objectif organisationnel

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement à l'aide de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

ACTION 4: RENFORCEMENT DE LA PRATIQUE D'ÉVALUATION D'IMPACT DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LA SANTÉ

Renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé en optimisant le recours aux différentes expertises disponibles au Ministère

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Actions permettant de renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé (EIS)	Mise en œuvre en cours	Mise en œuvre des actions permettant de renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé

Le rapport d'évaluation des pratiques relatives à l'évaluation d'impact sur la santé appliquée aux politiques publiques de santé, annoncé précédemment, a été produit. Après l'examen de la pertinence des recommandations émises par le mandataire, elles seront priorisées puis appliquées.

Objectif gouvernemental 5

Mieux préparer les communautés à faire face aux événements pouvant nuire à la santé et à la sécurité et en atténuer les conséquences

» Objectif organisationnel

Favoriser la création et le maintien d'environnements extérieurs sains et sécuritaires pour les personnels et clientèles concernés

ACTION 5: PROMOTION D'ENVIRONNEMENTS EXTÉRIEURS SAINS ET SÉCURITAIRES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Sensibiliser et outiller les gestionnaires de terrains du Ministère, du réseau et de l'administration gouvernementale, afin qu'ils intègrent des pratiques écologiques permettant d'offrir aux clientèles et aux personnels des environnements extérieurs sains et sécuritaires

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Taux de responsables de l'entretien des terrains de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux qui ont mis en pratique certaines suggestions du Guide des bonnes pratiques – Gestion écoresponsable des terrains	Ne s'applique pas	30 % des responsables de l'entretien des terrains du RSSS en 2013-2014

Les travaux permettant de mesurer le taux de responsables de l'entretien des terrains qui ont mis en pratique certaines suggestions présentées dans le Guide des bonnes pratiques – Gestion écoresponsable des terrains ont été reportés d'une année.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 3

PRODUIRE ET CONSOMMER DE FAÇON RESPONSABLE

Objectif gouvernemental 6

Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux

» Objectif organisationnel

Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au Ministère

ACTION 6: ADOPTION D'UN CADRE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET DE PRATIQUES D'ACQUISITION ÉCORESPONSABLES

Mettre en œuvre au Ministère des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Actions du plan de gestion environnementale mises en œuvre	Activités issues du Plan de navettage durable et activités de sensibilisation sur la réduction de la consommation de papier et d'énergie	Mise en œuvre des actions du plan de gestion environnementale

En 2012-2013, plusieurs activités inscrites dans le Plan de navettage durable ont été mises en œuvre, dont la mise à la disposition d'un parc de vélos en libre-service gratuit pour le personnel des bâtiments principaux situés à Québec, l'installation de douches et de casiers dans un bâtiment à Montréal, une séance de mise au point de vélos, une formation sur la mécanique de base des vélos et l'instauration de l'abonnement annuel aux transports en commun pour le personnel de Montréal.

À l'automne 2012, le Ministère a reçu de Vélo Québec le prix Entreprise Vélosympathique, qui vise à mettre en valeur le dynamisme et l'engagement d'une organisation dans la promotion des déplacements à vélo. Par la mise en œuvre de mesures concrètes, il a ainsi contribué à encourager son personnel à adopter un mode de transport actif et durable pour se rendre au travail.

Enfin, des activités de sensibilisation portant, entre autres, sur la réduction de la consommation de papier, d'énergie et de déchets ainsi que sur l'impression recto-verso se poursuivent.

» Objectif
organisationnel

Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au sein
du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 7 : GESTION DES MATIÈRES RÉSIDUELLES

Favoriser et soutenir l'adoption de pratiques permettant une saine gestion des matières résiduelles dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Adoption d'une orientation ministérielle en matière de gestion des matières résiduelles	En cours de réalisation	Orientation adoptée en 2013-2014

Un comité a été formé afin de définir l'orientation ministérielle concernant la gestion des matières résiduelles. Il compte trois représentants en hygiène et salubrité des établissements et deux représentants du Ministère.

ACTION 8 : PLAN D'ACTION INTÉGRÉ POUR LE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Soutenir le retraitement des dispositifs médicaux au sein du réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLE
Actions mises en œuvre en matière de retraitement des dispositifs médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédaction de lignes directrices et de modes opératoires en retraitement des dispositifs médicaux de type critique ■ Élaboration et mise en œuvre d'un programme de formation en ligne ■ Création du Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) à la suite du regroupement du Centre de référence en stérilisation (CRPS) à l'Institut national de santé publique du Québec 	Mise en œuvre des actions liées au retraitement des dispositifs médicaux

Les actions en matière de retraitement des dispositifs médicaux s'inscrivent dans le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015; 4 des 25 actions de ce plan en traitent expressément. Ce sont :

- l'action 13 : uniformiser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin de prévenir les infections nosocomiales ;
- l'action 14 : encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique ;
- l'action 17 : préciser les rôles et responsabilités des instances locales, régionales et nationales relativement à la gestion d'un risque infectieux lié au retraitement (y compris la stérilisation) de dispositifs médicaux et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ces risques ;
- l'action 20 : développer l'expertise en prévention et en contrôle des infections des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et de la formation continue et plus spécifiquement concernant le retraitement des dispositifs médicaux ; soutenir les activités de formation des intervenants au regard du retraitement des dispositifs médicaux.

Au cours de l'exercice 2012-2013, le Ministère a rédigé des lignes directrices et des modes opératoires sur le retraitement des dispositifs médicaux de type critique. Il a élaboré et mis en œuvre un module de formation en ligne sur le sujet et a procédé à la création du Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux en fusionnant le Centre de référence en stérilisation à l'Institut national de santé publique du Québec.

ACTION 9: INTÉGRATION DE CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ DANS LES APPELS D'OFFRES

Favoriser le recours à des critères d'écoresponsabilité pour l'octroi de contrats d'achat de biens et de services dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Critères d'écoresponsabilité à considérer dans les processus d'appels d'offres définis et diffusés	Ne s'applique pas	Définition et diffusion des critères en 2013-2014

Les travaux relatifs à la définition et à la diffusion des critères liés à l'écoresponsabilité qui seront introduits dans les documents d'appels d'offres ont été reportés d'une année.

ACTION 10: CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ POUR LES PROJETS DE CONSTRUCTION

Concevoir et promouvoir auprès du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires des critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction définis	Définition des critères d'écoresponsabilité réalisée	Dépôt des critères en 2012-2013
Répertoire des guides de planification immobilière modifié	Travaux d'intégration des critères d'écoresponsabilité dans deux guides de planification immobilière débutés	Modification du répertoire des guides de planification immobilière en 2012-2013

En 2012-2013, des critères d'écoresponsabilité liés aux projets de construction ont été définis et leur mise à jour est présentement en cours. Ils ont été pris en compte dans le cadre de l'élaboration des programmes fonctionnels et techniques de douze projets de construction qui ont fait l'objet d'une analyse par le Ministère.

Les critères d'écoresponsabilité sont progressivement intégrés dans les travaux de révision du guide intitulé « Méthode de programmation – Programme fonctionnel et technique » et dans le nouveau guide titré « Centre hospitalier – Principes généraux et objectifs de performances techniques ».

Objectif gouvernemental 7

Promouvoir la réduction de la quantité d'énergie et de ressources naturelles et matérielles utilisées pour la production et la mise en marché de biens et de services

» Objectif organisationnel

Optimiser les ressources matérielles utilisées dans le cadre du programme Déficience physique

ACTION 11: VALORISATION DES AIDES TECHNIQUES SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE MOTRICE

Accroître la valorisation des aides techniques attribuées dans le cadre du programme d'appareils suppléant à une déficience motrice

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012 ¹	CIBLE
Taux de valorisation moyen provincial pour les aides techniques	39,8 %	35 %

1. Étant donné que les données les plus récentes datent de 2011-2012, la cible et le résultat sont ceux de ce même exercice financier. Le résultat est établi à partir d'indicateurs produits par la Régie de l'assurance maladie du Québec et déposés annuellement au Ministère.

En 2011-2012, le taux de valorisation moyen provincial était de 39,8 % alors que la cible se situait à 35 %. Ce résultat démontre notamment que les mesures incitatives favorisant la récupération, la réparation et la réattribution des aides techniques ont eu un effet positif.

Tout en renouvelant annuellement les équipements devenus défectueux, il demeure possible de maintenir un haut taux de valorisation des aides techniques et de répondre adéquatement aux besoins d'usagers de tous âges en fournissant à ceux-ci des aides sécuritaires et de qualité.

Il importe de mentionner que la contribution et la participation de la clientèle, des centres de réadaptation en déficience physique et de la RAMQ sont essentielles au processus de valorisation des aides techniques et que les efforts consentis par tous ces partenaires contribuent à la protection de l'environnement au regard du développement durable.

Objectif gouvernemental 8

Augmenter la part des énergies renouvelables ayant des incidences moindres sur l'environnement (biocarburants, biomasse, énergie solaire, énergie éolienne, géothermie, hydroélectricité, etc.) dans le bilan énergétique du Québec

» Objectif organisationnel

Promouvoir l'inclusion d'énergies renouvelables dans le portefeuille énergétique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 12: PROMOTION ET SOUTIEN DE PROJETS AYANT RECOURS À DES ÉNERGIES RENOUVELABLES

Promouvoir et soutenir les projets ayant recours à des énergies renouvelables dans les établissements afin de poursuivre et de bonifier le programme de réduction de l'énergie consommée

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Réduction globale de la quantité d'énergie (gigajoules) par rapport au niveau de 2003	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Au Ministère, les travaux relatifs à l'efficacité énergétique s'inscrivent, depuis 2006, dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie énergétique du Québec et de la mesure 16 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques, qui fixaient, pour le réseau de la santé et des services sociaux, l'objectif de réduire de 14 % l'intensité énergétique de ses bâtiments en 2010 par rapport à 2003. Aucune nouvelle cible n'a été définie à ce sujet pour l'exercice financier 2012-2013.

Globalement, depuis que le réseau réalise des projets d'économie d'énergie, les 177 projets approuvés auront fait l'objet de 287,9 millions de dollars en autorisation d'emprunt et ils auront permis de générer près de 47 millions de dollars en économie d'énergie annuelle.

Plus précisément, en 2012-2013, le Ministère a donné son aval à 16 projets, lesquels représentent une dépense totale de 47,5 millions de dollars en autorisation d'emprunt et une économie d'énergie estimée à 5,9 millions de dollars.

Les cadres de gestion établis pour ces projets ont été révisés afin de répondre aux besoins des établissements et du Ministère.

Enfin, le Ministère a participé à la définition des nouvelles cibles à inscrire dans le deuxième plan d'action sur les changements climatiques (portant sur la période 2013-2020), en collaboration notamment avec le ministère des Ressources naturelles et le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs, par l'entremise du Bureau de l'efficacité et de l'innovation énergétiques.

Objectif gouvernemental 10

Fournir les repères nécessaires à l'exercice de choix de consommation responsables et favoriser au besoin la certification des produits et des services

» Objectif organisationnel

Recourir à la normalisation afin d'intégrer de nouvelles technologies ou pratiques écoresponsables dans les activités nécessaires à l'accomplissement de la mission du Ministère

ACTION 13: NORMALISATION D'UN SYSTÈME DE CHAUFFAGE AUXILIAIRE POUR LES AMBULANCES

À la suite de l'évaluation de l'efficacité d'une nouvelle technologie de chauffage auxiliaire, modifier la norme consensuelle du Bureau de normalisation du Québec relative aux spécifications des ambulances afin d'y inclure ce nouveau dispositif et de limiter ainsi la marche au ralenti en périodes froides

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Norme modifiée	Processus de modification en cours	Modification de la norme en fonction des résultats du projet pilote

La demande formelle de modifier la norme afin d'inclure l'appareil de chauffage auxiliaire dans le processus de montage applicable à l'ensemble des véhicules ambulanciers utilisés au Québec a été adressée au Bureau de normalisation du Québec en juin 2009 et reçue favorablement.

Toute modification des normes fixées par cet organisme demande la collaboration de plusieurs partenaires. Les travaux liés à la modification demandée à la norme sont actuellement en suspens pour la durée de la production des prototypes requis par le Bureau de normalisation du Québec et ils devraient se terminer en 2013-2014.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 6

AMÉNAGER ET DÉVELOPPER LE TERRITOIRE DE FAÇON DURABLE ET INTÉGRÉE

Objectif gouvernemental 18

Intégrer les impératifs du développement durable dans les stratégies et les plans d'aménagement et de développement régionaux et locaux

» Objectif organisationnel

Accompagner et soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans ses démarches de développement durable

ACTION 14: SOUTIEN AU RÉSEAU ET MISE EN ŒUVRE DES INITIATIVES

Promouvoir la démarche gouvernementale de développement durable auprès du réseau de la santé et des services sociaux par la sensibilisation, la diffusion et la mise en commun du savoir et de l'expertise dans le domaine

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Nombre d'activités de sensibilisation et d'information réalisées par le Ministère	11 activités	Réalisation d'activités de sensibilisation et d'information
Nombre d'activités de mise en commun des expertises réalisées par le Ministère	1 activité	Réalisation d'activités de mise en commun des expertises
Pourcentage des établissements ayant entrepris une démarche de développement durable	48 % des participants au sondage	Démarche de développement durable entreprise, sur une base volontaire, par 20 % des établissements d'ici 2013

Les travaux permettant la mise en œuvre de la Stratégie de soutien et de mise en commun des initiatives du réseau de la santé et des services sociaux en matière de développement durable se poursuivent.

Le Ministère travaille en étroite collaboration avec le réseau des répondants régionaux en développement durable pour créer un canal de communication jusqu'aux établissements afin de sensibiliser leur personnel ainsi que de mettre en commun et de stimuler les initiatives ou les démarches entreprises dans le réseau concernant le développement durable.

Parmi les onze activités de sensibilisation et d'information réalisées au cours de la dernière année financière, on trouve :

- la diffusion d'une étude, d'un webinaire et d'une nouvelle sur des thématiques variées telles que l'achat de produits locaux en saison, la gestion des matières résiduelles et les économies engendrées par l'implantation d'une démarche de développement durable dans les établissements ;
- la mise en ligne de cinq fiches didactiques expliquant comment entreprendre une démarche de développement durable ;
- la sortie du premier numéro du bulletin *Chroniques de développement durable, un réseau en action* ;
- la tenue de deux rencontres du réseau de répondants régionaux.

Quant aux activités de mise en commun des expertises, le Ministère a intégré, en 2012-2013, dix nouvelles fiches dans le recueil d'initiatives portant sur le développement durable. Ce recueil, qui compte actuellement près d'une quarantaine de fiches, présente des actions pertinentes, innovatrices et significatives menées dans le réseau.

Enfin, un portrait des démarches entreprises par les établissements publics du réseau au regard du développement durable a été dressé au début de l'année 2013¹⁰. Ce sont 78 des 163 établissements publics ayant répondu au sondage, soit 48 % d'entre eux, qui ont entrepris une telle démarche. La cible gouvernementale de 20 %, fixée par le Comité interministériel de développement durable, a donc été atteinte.

Objectif gouvernemental 20

Assurer l'accès aux services de base en fonction des réalités régionales et locales, dans un souci d'équité et d'efficience

» Objectif organisationnel

Permettre l'accès à des ressources spécialisées en régions éloignées

ACTION 16: DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ

Accroître l'offre des services de télésanté sur le territoire du Québec

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	CIBLE
Équipement déployé	382 stations ont été déployées	350 stations de visioconférence d'ici 2013

10. Tout établissement ayant entrepris une démarche de développement durable doit avoir pris un engagement au regard du développement durable, mener des activités en lien avec les trois dimensions du développement durable et, dans un contexte d'amélioration continue, prévoir ou inclure des mécanismes de suivi ou d'évaluation.

Au cours de la période 2012-2013, 60 stations de visioconférence ont été déployées dans tout le Québec. Depuis 2009, le nombre de ces stations déployées dans le cadre du projet de télésanté atteint 382. La cible de 350 stations de visioconférence a donc été atteinte au cours de l'année 2012-2013.

» **Objectif organisationnel**

Assurer l'adaptation des services et des infrastructures régionaux offerts aux personnes âgées

ACTION 17: ENTENTES SPÉCIFIQUES AVEC LES CONFÉRENCES RÉGIONALES DES ÉLUS

S'assurer de la mise en œuvre des ententes spécifiques signées avec les conférences régionales des élus

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLES
Nombre de plans d'action déposés	21	18 plans d'action en 2012-2013
Nombre d'activités de partage de connaissances	21	21 activités en 2012-2013 ¹

1. Le libellé de cette cible a été modifié en 2012-2013. Auparavant, il se lisait comme suit : « Une meilleure adaptation des infrastructures et des services régionaux offerts aux personnes âgées »

Dans le cadre de la Stratégie d'action en faveur des aînés, une entente spécifique intitulée « Adaptation des services et infrastructures régionales pour l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées sur le territoire de la CRÉ » a été conclue avec chacune des 21 conférences régionales des élus du Québec. Cette mesure vise à améliorer concrètement les conditions de vie des aînés. Ces ententes étaient d'une durée de cinq ans et ont pris fin le 31 mars 2013.

De ces ententes découlent la réalisation de plans d'action et la mise en œuvre d'activités, notamment celles qui portent sur le partage des connaissances (par exemple, une activité intergénérationnelle). Ainsi, avec 21 plans d'action déposés et 21 activités de partage de connaissances réalisées, les deux cibles ont été atteintes.

Retrait d'action du Plan d'action de développement durable 2009-2013

ACTION RETIRÉE	RAISON
Action 15: Surveillance des caractéristiques des communautés	<ul style="list-style-type: none"> Le déploiement d'un dispositif national d'indicateurs de surveillance des caractéristiques des communautés ne sera pas réalisé. Plusieurs travaux méthodologiques ont été menés, lesquels ont abouti à une nouvelle position. Ainsi, il a été convenu qu'il appartenait à chacune des régions de procéder aux analyses, selon les découpages territoriaux, qui répondent le mieux à leurs besoins. Par ailleurs, un soutien au processus de mobilisation autour du développement des communautés est offert par l'Institut national de santé publique du Québec.

2.3 Déclaration de services aux citoyens

La troisième et dernière section relative aux résultats fait état de ceux qui se rapportent aux engagements en matière de qualité des services aux citoyens.

La Déclaration de services aux citoyens touche les services offerts directement à la population par le Ministère, soit :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles ayant le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements concernant la Loi sur le tabac.

En cas d'insatisfaction par rapport à ces services, le citoyen peut formuler une plainte au Ministère.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Au cours de 2012-2013, le Ministère a donné suite à un total de 2 625 demandes de renseignements généraux – appels téléphoniques et courriels confondus –, tous redirigés vers le Ministère par Services Québec. Il s'agit d'une diminution de 745 communications, soit 22,1 %, par rapport à 2011-2012.

Nombre des demandes de renseignements traitées par le Ministère selon le mode de communication utilisé

MODE DE COMMUNICATION	2011-2012	2012-2013
Appels téléphoniques	2 180 (65 %)	1 646 (63 %)
Courriels	1 190 (35 %)	979 (37 %)
Total	3 370 (100 %)	2 625 (100 %)

La téléphonie demeure le moyen de communication le plus fréquemment utilisé (63 %) pour les demandes de renseignements, devant les courriels (37 %).

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	
	<ul style="list-style-type: none">▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30▪ Réponse la plus rapide possible
	<ul style="list-style-type: none">▪ Pour toute demande de renseignements, les citoyens peuvent composer le numéro sans frais de Services Québec, soit le 1 877 644-4545.▪ Pour les demandes de renseignements que lui transfère Services Québec, le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.▪ Le Ministère a répondu à sept appels téléphoniques par jour ouvrable, en moyenne.▪ Le délai de réponse est toujours le plus court possible, conformément aux engagements ministériels.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	<ul style="list-style-type: none">▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande
<ul style="list-style-type: none">▪ Dans la grande majorité des cas, le Ministère répond le jour même aux demandes faites par courriel que lui transmet Services Québec. Autrement, un accusé de réception est envoyé à l'auteur de la demande, conformément à l'engagement ministériel.▪ Le Ministère a répondu à quatre courriels par jour ouvrable, en moyenne.	

LES RENSEIGNEMENTS, L'AIDE ET LES CONSEILS DESTINÉS AUX PERSONNES ET AUX FAMILLES QUI ONT LE PROJET D'ADOPTER UN ENFANT DOMICILIÉ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Le Secrétariat à l'adoption internationale intervient au nom du ministre de la Santé et des Services sociaux dans toute adoption d'un enfant domicilié hors Québec. Il exerce son mandat selon un cadre légal et réglementaire bien défini. Le Secrétariat coordonne les activités en matière d'adoption internationale au Québec. Il aide et conseille les personnes ou les familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié hors du Québec et s'assure de la conformité de leur projet. Le Secrétariat à l'adoption internationale reçoit les demandes d'agrément et de renouvellement d'agrément et, après analyse, il soumet ses recommandations au ministre pour décision. Il soutient les organismes agréés et assure une surveillance de leurs activités.

Le Secrétariat à l'adoption internationale offre des services directs à la population. Il exerce son mandat auprès de celle-ci avec courtoisie, empathie, disponibilité et objectivité. Les services et renseignements sont donnés par téléphone, en ligne ou en personne. Le site Web du Secrétariat est mis à jour régulièrement. Toutes les demandes d'information reçues par courriel sont acheminées au service responsable pour être traitées de façon diligente. Afin de maintenir la qualité de ses interventions, le Secrétariat à l'adoption internationale veille à l'application et au suivi des règles de gestion des dossiers.

Les renseignements fournis aux citoyens portent sur différents sujets, dont le mandat du Secrétariat, le cadre législatif, le rôle des organismes agréés, les démarches relatives à l'adoption, les règles applicables dans le pays d'origine identifié, la recherche des origines et le service des plaintes. Des informations peuvent également être fournies sur les programmes sociaux à l'intention des adoptants ou de leurs enfants. La trousse virtuelle et la pochette d'information transmise sur demande contiennent plusieurs documents concernant les étapes de la réalisation d'un projet d'adoption internationale.

Au cours de l'année 2012-2013, le Secrétariat à l'adoption internationale a établi de nouvelles relations de travail avec les autorités compétentes de certains pays étrangers, dans le respect de leur législation et de leur culture ainsi que dans un esprit de collaboration, pour traiter les dossiers d'adoption internationale des adoptants domiciliés au Québec. Au cours de cette même période, il a examiné trois demandes d'agrément et vingt demandes de renouvellement d'agrément.

En 2012-2013, plus de 93 % des adoptions réalisées ont été effectuées par l'intermédiaire d'un organisme agréé. Au 31 mars 2013, le Secrétariat à l'adoption internationale comptait 1 444 dossiers d'adoption ouverts, se situant à l'une ou l'autre des étapes de la demande d'adoption. De ce nombre, 279 ont été ouverts pendant cet exercice financier. Outre les demandes d'information ou de suivi de dossier pour les

adoptants ayant un dossier d'adoption en cours avec un organisme agréé, le Secrétariat a reçu et traité 202 demandes de citoyens concernant un projet d'adoption identifié pour lequel une analyse a été effectuée et une décision a été rendue.

Au cours de cette même période, le Secrétariat à l'adoption internationale a ouvert 21 nouveaux dossiers de recherche des origines. De plus, il a répondu à 30 demandes d'information à ce sujet par courriel ou par téléphone.

Le suivi relatif à l'application des règles de gestion des dossiers permet au Secrétariat de maintenir la qualité de ses interventions liées à l'ensemble des dossiers d'adoption internationale ou de recherche des origines.

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	<ul style="list-style-type: none">▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30▪ Réponse la plus rapide possible
<ul style="list-style-type: none">▪ Le Secrétariat à l'adoption internationale dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246).▪ Il assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.▪ Il utilise une arborescence téléphonique, laquelle permet de diriger plus rapidement le citoyen vers le service recherché. Ainsi, chaque appel est pris en charge soit par une agente de secrétariat, soit par la personne responsable du service choisi par l'interlocuteur dans l'arborescence, le tout afin d'assurer à ce dernier le traitement adéquat et rapide de sa demande.▪ Il répond quotidiennement aux appels téléphoniques venant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des informations ou présenter un projet d'adoption.	

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	<ul style="list-style-type: none">▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande
<ul style="list-style-type: none">▪ En exerçant son mandat, le Secrétariat assure un suivi rigoureux des démarches d'adoption et doit confirmer, par écrit, la conformité de chacune des étapes du processus. Ainsi, il a produit rapidement l'ensemble des lettres requises pour chacun des 1 444 dossiers d'adoption ouverts.▪ Le Secrétariat ne possède pas de système lui permettant de comptabiliser le temps de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, il répond dans la très grande majorité des cas à l'intérieur du délai de 10 jours ouvrables.	

Demandes en personne

ENGAGEMENTS	<ul style="list-style-type: none">▪ Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30▪ Annonce immédiate de l'arrivée des personnes▪ Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide
<ul style="list-style-type: none">▪ Chaque visiteur est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. Dès que le visiteur arrive, un agent de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.▪ Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé visé est informé de la visite, et, s'il lui est impossible de recevoir le visiteur, des arrangements sont pris avec ce dernier.	

LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA LOI SUR LE TABAC

La Direction de l'inspection est responsable, au sein du Ministère, de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac. En outre, durant l'exercice 2012-2013, elle s'est vu confier les nouveaux mandats qui se rapportent aux lois et règlements suivants : l'application de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel, les visites d'inspection des résidences privées pour aînés, des salons funéraires et des laboratoires d'orthèses-prothèses. En conséquence, elle fournit des renseignements à la population ainsi qu'aux exploitants et aux employés des lieux visés par ces lois, à l'exception des résidences privées pour aînés. Ce service reçoit aussi les plaintes se rapportant à l'application de ces lois. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui font des demandes de renseignement, des plaintes ou des commandes de matériel est le téléphone.

Répartition des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel, selon le mode de communication utilisé et délai de réponse moyen

MODE DE COMMUNICATION	NOMBRE	DÉLAI DE RÉPONSE MOYEN
Appels téléphoniques	2 325	Sans objet
Courriers électroniques	204	1,9 jours
Courriers postaux	8	5,6 jours
Total	2 537	Sans objet

La Direction a reçu au total 4 619 appels téléphoniques, dont 2 325 concernaient des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel. Il n'y a eu aucun délai de réponse pour 79 % des 4 619 appels et le temps d'attente a été de 37 secondes, en moyenne, pour les autres appels (21 %).

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS

- Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec
 - Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30
 - Réponse la plus rapide possible
-
- Le numéro sans frais 1 877 416-8222 (ou, pour la région de Québec, 418 646-9334) est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. En dehors de ces heures, une boîte vocale enregistre les appels et le personnel y répond dans les meilleurs délais, assurant ainsi un service à la clientèle adéquat, dans le respect de la Déclaration de services aux citoyens.
 - En 2012-2013, 4 619 appels téléphoniques ont été reçus. De ce nombre, 16 % (759 appels) ont été abandonnés avant leur prise en charge. Sur un total de 3 860 appels répondus, 2 325 visaient directement les secteurs d'activité suivants :
 - mise en œuvre de la Loi sur le tabac : 2 273 appels ;
 - salons de bronzage : 49 appels ;
 - laboratoires d'orthèses-prothèses : 3 appels.
 - Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (63 %), de plaintes liées à leur application (30 %) ou de commandes de matériel (7 %). Ce total de 2 325 appels concernant directement l'application des lois correspond au même pourcentage que l'année précédente à 1 % près.
 - Les 1 535 appels restants concernaient indirectement les secteurs d'activité suivants : médias, suivi d'inspections pour le personnel, appels concernant l'embauche, etc.
 - Parmi les 4 619 appels reçus, 79 % ont été pris en charge sans délai. Les appels en attente ont été traités dans un délai moyen de 37 secondes.
 - La durée moyenne des appels a été de 4 minutes en 2012-2013.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT

- Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande
-
- La Direction de l'inspection offre à la population la possibilité de demander des renseignements sur la Loi sur le tabac par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca). En 2012-2013, 204 demandes lui ont été acheminées par ce moyen de communication, soit une augmentation de 6 % par rapport à l'année précédente. La réponse a été donnée par téléphone dans 8 % des cas et par courriel dans 79 % des cas et ce, dans un délai moyen de 1,9 jours. Les autres messages (13 %) n'exigeaient pas de réponse.
 - Par ailleurs, les huit correspondances reçues par la poste constituaient des plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac. Seulement quatre d'entre elles contenaient les coordonnées des plaignants. Un accusé de réception a été envoyé à ces plaignants à l'intérieur de 5,6 jours ouvrables.
 - Aucune demande n'a été faite par télécopieur.
-

Les plaintes

ENGAGEMENTS

- Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception
 - Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise
-
- Au cours de l'année 2012-2013, trente plaintes ont été reçues au Ministère; seulement cinq d'entre elles concernaient une unité administrative visée dans la Déclaration de services aux citoyens. Le suivi a été assuré par l'unité administrative concernée dans le délai prescrit de vingt jours à compter de la date de réception de ces plaintes.
 - Vingt-deux plaintes concernaient les services rendus par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, l'organisation régionale des services ou une entité relevant du ministre. Une lettre ou un courriel a été envoyé aux plaignants, leur indiquant les coordonnées du commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services ou les coordonnées de l'entité relevant du ministre. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse reçue en premier recours, les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux étaient données aux plaignants.
 - Trois autres plaintes ont été dirigées vers d'autres ministères, compte tenu des sujets traités.
-

L'UTILISATION DES RESSOURCES

3.1 Les ressources humaines

LE MINISTÈRE

La répartition de l'effectif

Le Ministère comptait, au 31 mars 2013, 943 personnes à son emploi dans un poste régulier ou occasionnel, pour un effectif utilisé de 641,04 en équivalent temps complet (ETC). Les données sur l'effectif utilisé diffèrent de l'effectif en poste, notamment en raison des différentes modalités d'aménagement du temps de travail ainsi que des congés sans traitement. L'écart observé de 258 effectifs entre les années 2011-2012 et 2012-2013 s'explique presque entièrement par l'adoption de la Loi sur la dissolution de la Société de gestion informatique SOGIQUE, laquelle a mené à l'intégration de 246 employés au 1^{er} janvier 2013.

L'effectif du ministère de la Santé et des Services sociaux en poste au 31 mars 2013

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2012-2013	2011-2012	ÉCART
Direction supérieure	70	74	-4
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	70	67	3
Direction générale de la santé publique	77	109	-32
Direction générale des services sociaux	82	81	1
Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire	69	63	6
Direction générale du personnel réseau et ministériel	69	66	3
Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget	203	161	42
Direction générale des technologies de l'information	303	64	239
TOTAL	943	685	258

L'effectif du ministère de la Santé et des Services sociaux utilisé au 31 mars 2013

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2012-2013 (ETC)	2011-2012 (ETC)	ÉCART (ETC)
Direction supérieure	61,52	65,27	-3,75
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	60,46	60,44	0,02
Direction générale de la santé publique	67,49	91,77	-24,28
Direction générale des services sociaux	72,04	72,91	-0,87
Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire	56,23	61,10	-4,87
Direction générale du personnel réseau et ministériel	56,55	59,19	-2,64
Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget	167,20	139,48	27,72
Direction générale des technologies de l'information	99,55	58,51	41,04
TOTAL	641,04	608,67	32,37

La mobilisation du personnel et le climat de travail

Dans le cadre du maintien de sa certification à la norme « Entreprise en santé », le Ministère a diffusé, pour une deuxième année, un questionnaire d'évaluation des pratiques de gestion en santé et mieux-être auprès de l'ensemble de son personnel en avril 2012. Il s'agissait alors d'évaluer le degré de satisfaction du personnel concernant les mesures mises en place en vue de favoriser le maintien et l'amélioration de la santé globale au travail de celui-ci.

L'analyse des résultats ministériels montre une plus grande participation du personnel à l'évaluation des pratiques de gestion en santé et mieux-être de leur supérieur immédiat (avec un taux de participation de 74 %) ainsi qu'une appréciation positive de ces pratiques. Ces améliorations laissent croire à l'amorce d'un changement de culture de gestion au Ministère. D'ailleurs, la majorité des gestionnaires ont tenu une rencontre avec leurs employés pour discuter de leurs résultats respectifs et le personnel a été invité à participer à la recherche de solutions pour améliorer les pratiques de gestion à l'intérieur de leur unité administrative. Différentes activités d'échange ont été organisées dans les directions générales et les unités administratives, ce qui a eu pour effet de mobiliser les équipes de travail.

Ainsi, les gestionnaires et les employés ont pris en charge les difficultés vécues au sein de leur équipe. Tous se sont responsabilisés dans leur démarche visant l'amélioration continue des pratiques de gestion en santé et mieux-être. Ce contexte, auquel s'ajoutent d'autres réalisations pertinentes, comme l'intégration à l'évaluation du rendement des gestionnaires de leur contribution à l'amélioration continue du climat de travail de leur unité, ont permis de dresser la table pour la demande de certification du Ministère comme Entreprise en santé de niveau Élite.

La formation et le perfectionnement du personnel

L'évolution continuelle de l'environnement de travail, l'arrivée de nouveaux employés ainsi que l'évolution technologique requièrent que la gestion des compétences demeure une priorité au sein du Ministère. À cette fin, de nouveaux gestionnaires ont intégré l'équipe du personnel d'encadrement, ce qui a entraîné

des coûts supplémentaires en ce qui a trait à la formation. Par ailleurs, le Ministère a accueilli, au cours de l'année, 246 nouveaux employés qui ont dû actualiser leurs compétences. À cet effet, l'organisation a investi, au cours de l'année civile 2012, l'équivalent de 1,04 % de sa masse salariale en formation et en perfectionnement, ce qui est conforme aux dispositions émises par la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre.

Répartition des dépenses totales destinées à la formation et au développement du personnel par champ d'activité

CHAMPS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	ANNÉE CIVILE 2012	ANNÉE CIVILE 2011
Favoriser le développement des compétences	211 239 \$	126 919 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	80 252 \$	20 225 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	73 342 \$	32 769 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	38 864 \$	13 862 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	4 294 \$	6 995 \$

Évolution des dépenses en formation

ANNÉE CIVILE	PROPORTION DE LA MASSE SALARIALE (%)	NOMBRE MOYEN DE JOURS DE FORMATION PAR PERSONNE	MONTANT ALLOUÉ PAR PERSONNE
2011	0,41 %	1,58 jour	289 \$
2012	1,04 %	1,84 jour	577 \$

Jours de formation selon les catégories d'emploi

ANNÉE CIVILE	CADRES	PROFESSIONNELS	FONCTIONNAIRES
2011	177 jours 6,5 heures	628 jours 2,5 heures	280 jours 1 heure
2012	210 jours	583 jours 3,5 heures	217 jours 5,25 heures

Les règles pour les bonis au rendement

Conformément au décret du 26 avril 2010 concernant la rémunération et les autres conditions de travail des titulaires d'un emploi supérieur à temps plein, aucun boni n'a été versé à ces titulaires au cours de l'année 2012-2013 à la suite de l'exercice d'évaluation du rendement pour la période allant du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012.

La planification de la main-d'œuvre

L'année 2012-2013 a été marquée par plusieurs départs à la retraite, mais le nombre a toutefois été moindre que l'année budgétaire précédente. Effectivement, 31 employés ont pris leur retraite au cours de la dernière année financière, contre 45 pendant l'année 2011-2012. En plus des départs à la retraite, les mesures d'attrition des effectifs de la fonction publique contribuent à la diminution de la main-d'œuvre au Ministère. Afin de contrer la perte d'expertise provoquée par ces mouvements et pour

s'assurer d'une main-d'œuvre qualifiée, la Direction des ressources humaines met en œuvre différentes mesures, notamment l'accompagnement des gestionnaires dans la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre et la planification de concours réservés au personnel du réseau de la santé.

Nombre d'employés par catégorie d'emploi ayant pris leur retraite

ANNÉE FINANCIÈRE	CADRES	PROFESSIONNELS	FONCTIONNAIRES
2011-2012	7	23	15
2012-2013	8	13	10

Le taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier

Les données concernant le taux de roulement ne permettent pas de comparer avec précision l'année financière 2012-2013 avec l'exercice précédent puisque les données complètes n'étaient pas disponibles au 31 mars 2013. Toutefois, les données préliminaires semblent montrer que le taux de roulement connaît une baisse, qui pourrait être expliquée par la diminution du nombre de départs à la retraite.

Taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier

ANNÉE	TAUX DE DÉPART VOLONTAIRE (%)
2011-2012	19,45 %
2012-2013	10,78 %

LE SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS

Bien que le Secrétariat aux aînés relève du Ministère depuis 2012, son transfert administratif n'a été réalisé qu'en avril 2013. Les données sur les ressources du Secrétariat aux aînés ont été fournies par le ministère de la Famille, anciennement le ministère de la Famille et des Aînés.

La répartition de l'effectif

Au 31 mars 2013, l'effectif du Secrétariat aux aînés s'établit à 31 personnes (employés réguliers et occasionnels seulement), dont 28 ayant le statut d'employé régulier. Au 31 mars 2012, le Secrétariat aux aînés employait 28 personnes, dont 27 employés réguliers.

L'effectif du Secrétariat aux aînés en poste au 31 mars 2013

SECTEUR D'ACTIVITÉ OU ORIENTATION STRATÉGIQUE	2012-2013	2011-2012	ÉCART
Secrétariat aux aînés	31	28	3

L'effectif du Secrétariat aux aînés utilisé au 31 mars 2013

SECTEUR D'ACTIVITÉ OU ORIENTATION STRATÉGIQUE	2012-2013	2011-2012	ÉCART
Secrétariat aux aînés	28,1	24,9	-3,2

La formation et le perfectionnement du personnel

Les données tirées du Rapport sur la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre ne permettent pas de distinguer les données du Secrétariat aux aînés de celles des autres secteurs du ministère de la Famille. Dans sa reddition de comptes, le ministère de la Famille a donc pris en considération l'ensemble des données.

La planification de la main-d'œuvre

Au cours de l'année 2012-2013, aucun employé régulier du Secrétariat aux aînés n'a pris sa retraite.

Taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier

Le taux de départ volontaire du personnel est le rapport, exprimé en pourcentage, entre le nombre d'employés réguliers (temporaires et permanents) qui ont volontairement quitté l'organisation (retraites, mutations, promotions avec concours et démissions) et le nombre moyen d'employés.

Taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier

ANNÉE	TAUX DE DÉPART VOLONTAIRE (%)
2011-2012	Non déterminé
2012-2013 ¹	7,1 %

1. Le taux indiqué couvre les neuf premiers mois de l'exercice 2012-2013

Règles pour les bonis au rendement

Conformément à la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, aucun boni basé sur le rendement des cadres n'a été octroyé en 2012-2013. De même, aucun boni n'a été versé au titulaire d'un emploi supérieur.

3.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère ainsi que du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux

La présente section fait état des ressources budgétaires et financières des programmes du Ministère ainsi que de celles du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS).

LE MINISTÈRE

La dépense probable pour l'année 2012-2013 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'élève à 30 147 923 700\$. Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales: PROGRAMME 01
493 807 600\$

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il permet d'assurer, notamment, les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application de la Politique du médicament ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement du Ministère, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux ainsi que du Commissaire à la santé et au bien-être.

Les fonctions régionales: PROGRAMME 02
21 160 770 400\$

Le programme des fonctions régionales, qui inclut également le budget de fonctionnement des agences, permet d'assurer, notamment, la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, ainsi que les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et les services infirmiers ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis soit par les CSSS, soit par les centres hospitaliers ou les CHSLD qui n'ont pas été intégrés aux CSSS ;
- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres jeunesse ;

- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant une déficience, physique ou intellectuelle, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;
- les services de prévention, d'aide et de soutien fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes : la rémunération des résidents en médecine, les services préhospitaliers d'urgence, le système du sang, les vaccins et les antiviraux, les régimes de retraite ainsi que le service de la dette.

L'allocation des ressources financières pour les services dans le réseau de la santé et des services sociaux est basée sur l'évolution des besoins liés à différents facteurs socioéconomiques et démographiques dans chacune des régions (ex. : âge, population, isolement social, revenu disponible, dispersion de la population sur le territoire), ce qui permet d'établir un niveau de financement relatif entre les régions.

L'Office des personnes handicapées du Québec : PROGRAMME 03
12 747 400 \$

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux ainsi que les municipalités et les organismes publics ou privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

Cet organisme veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leurs familles. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, il les informe, les conseille, les assiste et fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Le programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'Office et peut être consultée sur le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

Le programme relatif à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services d'optométrie ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la RAMQ et peut être consultée sur le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente le budget de dépenses du Ministère en 2012-2013 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre la dépense réelle 2011-2012 et la dépense probable pour l'exercice 2012-2013.

Dépenses et évolution par secteur d'activité¹¹

SECTEUR D'ACTIVITÉ	BUDGET DE DÉPENSES 2012-2013 (000 \$)	DÉPENSES PROBABLES 2012-2013 (000 \$)	DÉPENSES RÉELLES 2011-2012 (000 \$)	ÉCART ¹ (000 \$)	VARIATION (%)
01 Fonctions nationales	538 197,8	493 807,6	523 689,0	(29 881,4)	(5,7)
02 Fonctions régionales	21 244 541,9	21 160 770,4	20 867 339,0	293 431,4	1,4
03 OPHQ	13 070,6	12 747,4	12 669,0	78,4	0,6
04 RAMQ	8 324 998,3	8 480 598,3	7 937 670,0	542 928,3	6,8
TOTAL	30 120 808,6	30 147 923,7	29 341 367,0	806 556,7	2,7

1. Écart entre la dépense probable en 2012-2013 et la dépense réelle en 2011-2012

¹¹ Excluant les fonds spéciaux et les comptes à fin déterminée

La dépense réelle du Ministère se chiffrait à 29 341,4 millions de dollars pour l'exercice 2011-2012. La dépense probable pour 2012-2013 est évaluée à 30 147,9 millions de dollars, soit une croissance de 2,7 %. L'écart entre la dépense réelle 2011-2012 et la dépense probable 2012-2013 est analysé sommairement pour chaque programme :

- Pour les fonctions nationales, la dépense probable 2012-2013 est inférieure de 29,9 millions de dollars par rapport à la dépense réelle de 2011-2012. Cette variation est principalement attribuable à l'abolition de la règle voulant qu'un médicament innovateur soit remboursé à son plein prix pendant quinze ans à compter de son inscription sur la liste des médicaments, entraînant ainsi la fin de la contribution gouvernementale au Fonds de l'assurance médicaments. Une réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative explique également cet écart.
- Pour les fonctions régionales, la dépense probable en 2012-2013 excède de 293,4 millions de dollars la dépense réelle en 2011-2012. Cette croissance est principalement attribuable aux ajustements salariaux découlant des conventions collectives, au coût de système spécifique à la santé, à l'indexation des dépenses autres que salariales ainsi qu'à l'application des mesures d'optimisation.
- Pour la RAMQ, la dépense probable en 2012-2013 augmente de 542,9 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2011-2012. L'augmentation s'explique principalement par les dépenses relatives aux services médicaux, qui reflètent l'incidence des bonifications prévues dans les ententes signées avec les fédérations médicales, ainsi que par l'évolution des coûts reliés au programme d'assurance médicament.

LE FONDS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Constitué le 12 juin 2010 par la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) a pour objet le financement des établissements publics et privés conventionnés visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris. Plus particulièrement, il est affecté au financement :

- des établissements en fonction du volume de services rendus et conditionnellement à l'atteinte d'objectifs de performance fixés par le ministre ;
- du déploiement des groupes de médecine de famille sur l'ensemble du territoire du Québec, de l'amélioration de l'offre de soutien à domicile, de la formation et du développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée et des autres mesures visant le renforcement des services de première ligne ;
- des initiatives visant l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux ;
- de toute autre initiative contribuant au maintien de services de santé et de services sociaux accessibles et de qualité.

Le Fonds est principalement constitué des sommes prélevées par le ministre du Revenu au titre de la contribution santé en vertu de l'article 37.17 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Annoncée par le gouvernement du Québec en mars 2010, la contribution santé annuelle à laquelle étaient assujettis tous les adultes dont le revenu familial était supérieur au seuil d'exemption qui leur était applicable a été fixée à 25 dollars en 2010. En 2012, elle était de 200 dollars.

Toutefois, comme cela a été annoncé dans le budget 2013-2014, la contribution santé de 200 dollars a été remplacée, depuis le 1^{er} janvier 2013, par une nouvelle contribution progressive qui respecte d'abord la capacité de chacun à participer au financement des soins de santé. Le manque à gagner résultant de la restructuration de la contribution est comblé par une augmentation du taux marginal maximal d'imposition. Ainsi, un effort additionnel est demandé aux contribuables à haut revenu au moyen d'une hausse d'impôt de 1,75 point de pourcentage applicable à l'égard des revenus imposables de plus de 100 000 dollars.

Produits du FINESSS en 2012-2013 (en millions de dollars)

PRODUIT	PRÉVISION	PRÉVISION RÉVISÉE
Contribution santé	998,0	1 002,1

L'écart observé est attribuable essentiellement à une surestimation de la prévision de revenus provenant de la contribution santé.

Charges du FINESSS en 2012-2013 (en millions de dollars)

Financement des établissements en fonction du volume de services rendus et conditionnellement à l'atteinte d'objectifs de performance fixés par le ministre

CHARGES	PRÉVISION	PRÉVISION RÉVISÉE
Accès à la chirurgie et évolution de pratique en chirurgie	170,0	171,1
Fonctionnement des nouvelles installations	54,0	58,5
Plan d'accès en déficience intellectuelle et physique	15,0	12,2
Autres mesures d'accès aux services	4,0	4,8
Sous-total	243,0	246,6

Déploiement des groupes de médecine de famille, amélioration de l'offre de soutien à domicile, formation et développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée et autres mesures permettant le renforcement des services de première ligne

CHARGES	PRÉVISION	PRÉVISION RÉVISÉE
Groupes de médecine de famille (GMF)	100,0	90,5
Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)	13,0	14,1
Plan d'investissement pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées	163,0	165,9
Sous-total	276,0	270,5

Initiatives visant l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux

CHARGE	PRÉVISION	PRÉVISION RÉVISÉE
Projet LEAN et soutien à l'optimisation	5,0	2,2
Sous-total	5,0	2,2

Autres initiatives contribuant au maintien de services accessibles et de qualité

CHARGES	PRÉVISION	PRÉVISION RÉVISÉE
Soins oncologiques	136,0	134,0
Dialyse	154,0	158,2
Électrophysiologie	50,0	51,6
Inhalothérapie	134,0	134,8
Sous-total	474,0	478,6

Autres dépenses

CHARGE	PRÉVISION	PRÉVISION RÉVISÉE
Dépenses de nature administrative	0,0	0,1
Sous-total	0,0	0,1

Total des charges du FINESSS

PRÉVISION	PRÉVISION RÉVISÉE
998,0	990,0

SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS

Bien que le Secrétariat aux aînés relève du Ministère depuis 2012, son transfert administratif n'a été réalisé qu'en avril 2013. Les données sur les ressources du Secrétariat aux aînés ont été fournies par le ministère de la Famille, anciennement le ministère de la Famille et des Aînés.

Les sources de financement

Le financement des activités placées sous la responsabilité du Secrétariat aux aînés provient des crédits votés par l'Assemblée nationale.

Les crédits votés

Les crédits votés pour le programme Condition des aînés sont de l'ordre de 30 022 200 \$. Ce programme assure le financement du Secrétariat aux aînés. Il vise à soutenir la valorisation de la participation des personnes aînées à la société en vue d'un Québec équitable pour toutes les générations.

L'utilisation des ressources financières

Le budget de dépenses 2012-2013, pour le programme Condition des aînés, présenté au Livre des crédits et ajusté pour tenir compte de la réorganisation gouvernementale, est de 30 022 200 \$. Le budget de dépenses révisé, quant à lui, s'établit à 28 431 100 \$. La baisse de 1 591 100 \$ s'explique par le transfert des crédits pour les coordonnateurs régionaux et de la ligne téléphonique nationale d'écoute et de référence à l'intention des aînés, Aide Abus Aînés, au Ministère.

Tableau sommaire (en milliers de dollars)

PROGRAMME	BUDGET DE DÉPENSES RÉVISÉ 2012-2013	DÉPENSES RÉELLES 2012-2013	EXCÉDENT DU BUDGET SUR LES DÉPENSES
Condition des aînés	28 431,1	20 210,2	8 220,9

Le budget de dépenses révisé de même que les dépenses réelles¹² pour les exercices 2012-2013 et 2011-2012 sont présentés dans le tableau suivant.

Les dépenses réelles totalisent 20 210 200 \$, soit 8 220 900 \$ de moins que le budget révisé. En 2012-2013, diverses mesures d'économie ont été mises en place en vue d'atteindre l'objectif du gouvernement pour la réduction et le contrôle des dépenses. Dans le cadre d'une gestion responsable, ces mesures ont ainsi permis de réduire les dépenses du programme Condition des aînés.

¹² Les dépenses réelles des ministères ne peuvent être établies qu'à la suite de la consolidation des états financiers gouvernementaux. Il arrive parfois que certains postes soient redressés au moment du dépôt des états financiers consolidés, qui est ultérieur au dépôt des rapports annuels de gestion.

**Utilisation des ressources financières affectées au programme Condition des aînés
(en milliers de dollars)**

PROGRAMME	BUDGET DE DÉPENSES RÉVISÉ 2012-2013	DÉPENSES RÉELLES 2012-2013	DÉPENSES RÉELLES 2011-2012 ¹
Condition des aînés	28 431,1	20 210,2	20 736,8

¹ Données redressées sur une base comparative avec l'année 2012-2013.

Les fonds spéciaux

Les activités relevant du Ministère comprennent également la gestion du Fonds de soutien aux proches aidants.

Les mesures de réduction des dépenses

Au terme de la troisième année d'application, la poursuite des objectifs découlant du cadre environnemental de réduction et de contrôle des dépenses a contribué à la diminution progressive des dépenses de fonctionnement de nature administrative de même qu'à la réduction des dépenses de publicité, de formation et de déplacement.

Mesures de réduction des dépenses au 31 mars 2013 (en milliers de dollars)

MESURES	CIBLE DE RÉDUCTION AU TERME DE 2013-2014	RÉDUCTION CUMULATIVE RÉALISÉE DEPUIS 2010-2011
Dépenses de fonctionnement de nature administrative	450,2	420,8
Dépenses de publicité, de formation et de déplacement	166,3	345,6

Dans sa démarche de rationalisation, le Secrétariat aux aînés a consenti des efforts pour limiter ses dépenses de fonctionnement de nature administrative en respectant les exigences auxquelles il a été soumis au cours du présent exercice financier.

En ce qui concerne la réduction des dépenses de publicité, de formation et de déplacement, le Secrétariat aux aînés a été en mesure de diminuer ces dépenses de 179 300 \$ de plus que la cible fixée.

3.3 Les ressources informationnelles

Le Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux met en œuvre la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement au Ministère et dans les agences de la santé et des services sociaux, les établissements publics et les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Sous la direction de ce bureau, la Direction générale des technologies de l'information du Ministère a un double mandat : d'une part, elle est responsable des actifs informationnels et des infrastructures technologiques ministérielles tout en offrant le soutien aux utilisateurs du Ministère ; d'autre part, elle assure la gestion globale des actifs informationnels et la gouverne des services en ressources informationnelles du réseau de la santé et des services sociaux.

Dépenses et investissements prévus et réels en ressources informationnelles pour 2012-2013

TOTAL	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS PRÉVUS (000 \$)	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS RÉELS (000 \$)
Total des activités d'encadrement	3 841	2 952
Total des activités de continuité	6 388	6 305
Total des projets	4 500	1 723
Total des dépenses et investissements en ressources informationnelles	14 729	10 980

LE MINISTÈRE

La gestion des ressources informationnelles pour le Ministère a donné lieu, au cours de l'année 2012-2013, à plusieurs actions, notamment :

- 1) Le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux qui se rapportent :
 - au mouvement du personnel ministériel ;
 - à la gestion de projets d'immobilisation ;
 - à la gestion des prêts d'appareils mobiles ;
 - à l'inspection relative à l'application de la Loi sur le tabac ;
 - au suivi du dépistage du cancer colorectal.
- 2) La continuité de projets amorcés avant le 1^{er} avril 2012, tels que :
 - la gestion du courrier ministériel ;
 - l'inspection des résidences privées pour aînés ;
 - le registre des autochtones ;
 - les mécanismes de dépannage des médecins.

- 3) Le redressement et le rehaussement des infrastructures technologiques et de la gestion du parc des postes de travail, dans lesquels s'inscrivent :
 - un projet pilote de mise à jour technologique des mécanismes d'authentification des utilisateurs et du cadre de gestion ;
 - le lancement de la phase 2 du filtrage Internet pour les usagers du Ministère ;
 - les travaux visant à compléter l'inventaire des logiciels du Ministère ;
 - la gestion des accès au nouveau réseau sans fil pour les usagers du Ministère ;
 - la catégorisation des actifs informationnels du Ministère.
- 4) Le soutien technique aux utilisateurs des ressources informationnelles du Ministère, qui s'est traduit par :
 - le traitement de 16 300 demandes de soutien informatique pour du dépannage, pour l'installation de logiciels et de matériel ou pour l'accès au réseau et la réservation de séances de visioconférence ;
 - la prise en charge du support des normes d'accessibilité des documents et le soutien aux utilisateurs des forums ministériels ;
 - l'intégration de la prise d'appels téléphoniques au centre de services national, couvrant ainsi une plage horaire améliorée ;
 - l'entretien, le maintien et l'inventaire du parc technologique du Ministère.

Investissement dans les ressources informationnelles

Les mandats confiés aux équipes ministérielles en technologie de l'information touchent principalement des applications de gestion à l'intention des utilisateurs du Ministère. Cependant, parmi ces actifs, certains peuvent aussi être utilisés par du personnel du réseau.

Certains projets importants financièrement ont été reportés à l'année 2013-2014, ce qui explique l'écart entre les dépenses et les investissements réels et ce qui était initialement planifié tel que démontré dans le tableau précédent. Cependant, un plus grand nombre que prévu de petits projets de développement ont été réalisés, étant donné que le coût réel de l'entretien des systèmes a été plus bas que l'estimation de ce coût (voir tableau suivant).

Nombre de projets en ressources informationnelles pour la période 2012-2013

Projets en cours au début de l'exercice	6
Projets entrepris au cours de l'exercice	21
Projets en cours à la fin de l'exercice	4
Projets terminés au cours de l'exercice	23

Liste et ressources affectées aux principaux projets en ressources informationnelles pour 2012-2013

LISTE DES PROJETS	RESSOURCES FINANCIÈRES PRÉVUES (\$)	RESSOURCES FINANCIÈRES UTILISÉES (\$)
Développement de projets 2012-2013 incluant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ mouvements du personnel; ▪ gestion de projets d'immobilisation; ▪ gestion des prêts d'appareils mobiles; ▪ inspection (Loi sur le tabac); ▪ suivi du dépistage du cancer colorectal; ▪ gestion du courrier ministériel; ▪ inspection des résidences privées pour aînés; ▪ registre des autochtones; ▪ mécanismes de dépannage des médecins. 	370 000	454 600
Virtualisation – client léger	200 000	19 100
Migration Active Directory	571 000	369 800
Total	1 141 000	843 500

Voici les explications sommaires des écarts concernant les ressources affectées aux principaux projets en ressources informationnelles pour 2012-2013.

En lien avec la fusion du Ministère et de la Société de gestion informatique (SOGIQUE), le projet de virtualisation des postes de travail Virtualisation – client léger a été suspendu temporairement en 2012-2013 afin d'optimiser l'utilisation des ressources en place. Le pourcentage d'avancement du projet est de 30 % en date du 31 mars 2013.

Compte tenu des problèmes technologiques remarqués au début de la réalisation du projet *Migration Active Directory*, l'échéancier de celui-ci a été retardé de quelques mois. Au 31 mars 2013, le taux d'avancement du projet se situe à 80 % et la fin du projet a été reportée à l'exercice 2013-2014.

Au cours de l'année 2012-2013, le Ministère a entrepris plusieurs projets informatiques, dont les principaux sont :

- la phase 1 du système de suivi du programme de procréation assistée, qui est terminée;
- le système de suivi du programme d'adoption du dossier médical électronique, qui permet de suivre le programme et les cliniciens qui y adhèrent;
- un outil ministériel de collecte des données qui se rattachent au Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (chaque établissement participant au programme envoie ses données au Ministère, qui assure le suivi de ce programme);
- la mise à niveau du système d'information utilisé dans le cadre de l'inspection des entreprises et des établissements au regard de l'application de la lutte contre le tabac. Des changements administratifs au sein du Service de lutte contre le tabagisme ont donné l'occasion aux utilisateurs de prendre en charge le système d'inspection des résidences privées pour aînés.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Comme cela a été mentionné précédemment, le Ministère assure la gestion globale des services de ressources informationnelles pour le réseau. Afin de bien en illustrer les diverses composantes, la présente section est divisée en six points : la mise en œuvre, dans le secteur de la santé et des services sociaux, de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement ; les projets de développement informatique ; l'optimisation des technologies de l'information ; les services de télécommunication ; le Programme québécois d'adoption des DMÉ ; le Dossier Santé Québec (DSQ). Le Ministère participe à la réalisation de certains projets de développement informatique à l'intention du réseau. Une fois ces projets terminés et déployés, il assure les activités de maintien et d'entretien qui en découlent. De plus, la gouverne concernant certaines infrastructures technologiques, dont le réseau de télécommunication, est assurée par le Ministère. Par rapport aux objectifs gouvernementaux de rationalisation des ressources, le Ministère a aussi entrepris certains travaux à la suite de l'identification des actifs ayant un potentiel d'optimisation prometteur.

La mise en œuvre de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement

Conformément à la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, adoptée le 9 juin 2011, des efforts importants ont été consentis, tout au long de l'exercice 2012-2013, à la mise en œuvre d'une nouvelle gouverne des ressources informationnelles au sein du réseau sociosanitaire québécois. Pour l'essentiel, cette loi vise à instaurer une gouvernance intégrée et concertée des ressources informationnelles en vue d'assurer des services de qualité aux citoyens et d'optimiser les façons de faire par le partage ainsi que la mise en commun du savoir-faire, des ressources, des infrastructures et de l'information.

Tout en mobilisant le réseau, le Ministère a implanté, en 2012-2013, un système d'information dédié à l'application de la Loi. Ce système, répliquant celui qui est utilisé depuis longtemps par le Ministère pour la gestion des immobilisations, offre plusieurs avantages, notamment parce qu'il est déjà connu et utilisé dans le réseau.

Le Ministère a aussi donné suite aux règles émises par le Secrétariat du Conseil du trésor, le 30 juillet 2012, notamment en produisant le Cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles, lequel a fait l'objet d'une circulaire diffusée en septembre 2012. De plus, la Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles est en cours dans les organismes et les établissements du réseau. Enfin, un premier bilan des projets liés aux ressources informationnelles de 100 000 dollars et plus en cours dans le réseau a été produit en juin 2012.

Les projets de développement informatique (à l'intention du réseau)

Au cours de l'exercice 2012-2013, de nouveaux actifs informationnels ont été déployés et d'autres ont été adaptés pour soutenir les intervenants dans la prestation des soins :

- Le Système d'information pour les personnes ayant une déficience est à la phase de consolidation. Il facilite le suivi des services rendus aux usagers et permet aux gestionnaires de faire un suivi au quotidien des activités de l'organisation. Il a été déployé au Centre de réadaptation Marie-Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine en 2012-2013. Des travaux étaient en cours au 31 mars 2013 pour améliorer les fonctionnalités, la structure de la base de données et l'identification des besoins d'interface. Un service commun visant à offrir une meilleure exploitation des données a entraîné la production de rapports à l'intention des établissements utilisateurs.

- L'outil informatisé soutenant la mise en place du réseau de services intégrés pour les personnes âgées a été mis à jour afin de permettre l'identification des services auxquels sont inscrits les usagers et l'amélioration des rapports. Des travaux étaient en cours au 31 mars 2013 pour ajouter de nouvelles fonctionnalités au dossier de l'assurance autonomie, de façon à répondre aux besoins exprimés.
- Une nouvelle version du Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial assurant les adaptations nécessaires au paiement des ressources a été déployée, en février 2013, en fonction de l'application des prescriptions de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives. Des travaux visant la consolidation des fonctionnalités nécessaire à la gestion des ressources étaient en cours à la fin de l'exercice 2012-2013.
- Les travaux relatifs au remplacement du système TOXIN utilisé par le Centre antipoison du Québec se sont poursuivis dans le but de contrer la désuétude de l'application. De plus, les travaux d'architecture, intégrant les besoins résiduels du Centre ainsi que ceux d'Info-Santé et d'Info-Social, ont permis de confirmer le choix de mettre en place une solution commune et intégrée. Enfin, des travaux de développement sont en cours concernant la mise en production d'une nouvelle application, durant l'année budgétaire 2013-2014, afin de répondre aux besoins considérés comme prioritaires.
- Des améliorations ont été apportées au cours de l'année à certaines fonctionnalités de l'actif Intégration CLSC et du système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendance, notamment afin d'améliorer le calcul des délais d'accès à un premier service.
- Pour atténuer la désuétude technologique du Système d'intégration clientèle des centres jeunesse, des travaux de réécriture technologique ont été amorcés.
- Des améliorations ont été apportées au Système d'information sur la sécurité des soins et des services afin de faciliter la production des rapports et d'améliorer l'intégrité des données provenant des systèmes locaux.
- Les travaux de mise en place du registre québécois du cancer se sont poursuivis, en collaboration avec des représentants du réseau et des partenaires liés à ce projet, notamment le comité aviseur, le comité des utilisateurs et le comité qualité de ce registre ainsi que le comité consultatif en anatomopathologie et la RAMQ. L'année 2012-2013 a vu la mise en place de registres locaux de cancer, la mise en production de la banque centrale, l'alimentation graduelle de cette banque par tous les établissements ciblés et le parachèvement de la mise en production des algorithmes qui servent à la validation des nouvelles données recueillies, tout cela rendant le registre pleinement fonctionnel en décembre 2012. Au 31 mars 2013, la phase complémentaire, portant sur la conservation et la valorisation des données du registre, était en cours de réalisation.
- Le Ministère a débuté, en mai 2009, un nouveau processus d'informatisation des groupes de médecine de famille (GMF) mieux adapté à la réalité des cliniques médicales. Au 31 mars 2013, 249 GMF, dont les services informatiques avaient migré selon le nouveau processus, ont été pris en charge par l'équipe suprarégionale et la conformité aux exigences informatiques du Ministère a été confirmée pour 216 d'entre eux.

- Au 31 mars 2013, huit solutions de dossier médical électronique (DME) ont été homologuées et certifiées conformes au Système québécois d'information sur les médicaments. Au cours du mois de février 2013 commençait la troisième phase d'homologation des solutions relatives à ce dossier. Elle vise essentiellement à introduire l'interopérabilité avec les domaines Laboratoire et Imagerie médicale du Dossier Santé Québec (DSQ).

L'optimisation des technologies de l'information pour le réseau de la santé et des services sociaux

Les dossiers nationaux d'optimisation considérés pour limiter la croissance des dépenses pour les technologies de l'information se sont poursuivis. Les dossiers suivants ont pris une place prépondérante :

- la téléphonie dans toutes les organisations du réseau ;
- le regroupement des centres de traitement des données ;
- la gestion regroupée du parc des postes de travail normalisés.

Des travaux ont été effectués dans l'ensemble de ces dossiers au cours du dernier exercice.

La téléphonie

L'exercice 2012-2013 a permis au Ministère de recadrer la portée de ce projet afin de tenir compte d'enjeux supplémentaires. Le projet ne se limite plus seulement à la téléphonie IP ; il comprend maintenant le rehaussement de la téléphonie, toutes technologies confondues. Au cours de l'exercice, les établissements ont entrepris la mise à jour des systèmes téléphoniques désuets en ayant comme objectif à long terme le regroupement régional des services de téléphonie. Cela permettra d'optimiser graduellement la téléphonie en évitant des investissements substantiels. Des orientations ont été confirmées aux agences en la matière.

Le regroupement des centres de traitement des données

Le Ministère a défini les orientations concernant les centres de traitement des données afin d'assurer l'optimisation de ces derniers. L'inventaire effectué au cours de l'exercice a permis de recenser 250 centres de traitement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

L'orientation relative à l'optimisation des centres de traitement a été modifiée ; celle-ci visera un centre par région plutôt que deux. Des travaux sont en cours dans la majorité des régions en vue de cette optimisation.

La gestion regroupée du parc des postes de travail normalisés

Un comité d'experts a été créé pour permettre l'échange entre les différentes régions. Dans la majorité des régions, des projets d'implantation de clients-légers sont en cours.

Des cibles visant une meilleure gestion du parc des postes de travail ont été définies dans les ententes de gestion :

- le regroupement des achats ;
- la gestion régionale des licences ;
- la centralisation du déploiement et de l'évolution des postes de travail.

Une analyse d'impact a été réalisée en prévision de la fin du support de Windows XP en avril 2014, auprès des principaux fournisseurs du réseau de la santé et des services sociaux. Elle a permis de confirmer une forte dépendance des logiciels cliniques au système d'exploitation Windows et à la suite Office. Des activités sont en cours, tel que la virtualisation et les clients-légers, afin de réduire cette dépendance.

Les services de télécommunication

En ce qui concerne les services de télécommunication qui relie l'ensemble des points de services des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le Centre de services partagés du Québec et le Ministère ont prolongé de trois ans le contrat du Réseau intégré de télécommunications multimédia, ce qui porte son échéance à décembre 2018. Le déploiement de la fibre optique s'est poursuivi dans les sites du réseau, et 90 % d'entre eux en sont maintenant dotés.

Programme québécois d'adoption des DMÉ

L'entente particulière relative à la participation des omnipraticiens au Programme québécois d'adoption des DMÉ conclue entre le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est entrée en vigueur le 15 novembre 2012. Cette entente prévoit que les médecins qui choisiront de se prévaloir du programme adhéreront aussi au DSQ. Pour être admissibles, les médecins doivent choisir un DMÉ homologué par le Ministère.

Il est prévu que 6 200 cliniciens de première ligne, 5 200 médecins et 1 000 infirmières devraient bénéficier du programme. Un budget annuel de 15,4 M\$ est réservé à cette fin. Le Ministère avait accepté, au 31 mars 2013, 204 des 277 demandes d'adhésion reçues de médecins omnipraticiens.

Le Dossier Santé Québec

Le Dossier Santé Québec (DSQ) est un outil électronique de partage d'information sécurisé entre professionnels de la santé autorisés qui leur permettra de consulter les informations cliniques des citoyens du Québec, quel que soit le lieu où le service est fourni. Un citoyen pourra cependant signifier son refus de donner accès aux informations qui le concernent.

Plusieurs projets concourent à la mise en œuvre du DSQ. Voici, en résumé, le degré d'avancement des principaux projets.

L'imagerie diagnostique

Le déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images numérisées est terminé, avec 100 % d'images numérisées. L'alimentation des trois répertoires suprarégionaux permettant le partage a atteint 94,6 % des images numérisées. Les travaux permettant à terme la visualisation des images et des rapports dans le cadre du projet expérimental DSQ de la région de la Capitale-Nationale sont terminés. L'interopérabilité des PACS (*Picture Archiving and Communication System*) est effective entre la région de Lanaudière et certains établissements de la région de Montréal. Elle est graduellement étendue par l'intermédiaire des PACS à d'autres établissements de plusieurs régions.

Les résultats des laboratoires

Au total, 23 laboratoires alimentent les résultats d'analyse du domaine Laboratoire. Tous les laboratoires des régions de la Capitale-Nationale et de Lanaudière ont été branchés ainsi que certains laboratoires de la région de Montréal à grand volume d'analyse, comme ceux du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre universitaire de santé McGill et de l'Hôpital général juif. Au 31 mars 2013, plus de 31 % de la volumétrie provinciale alimente le domaine.

Les médicaments

L'ordonnance électronique s'est ajoutée au profil pharmacologique dans le cadre du déploiement dans les quatre régions autorisées au 31 mars 2013. Ainsi, 70 % des pharmacies communautaires de la région de la Capitale-Nationale, 61 % de celles de la région de l'Estrie, 60 % de celles de la région de Lanaudière et plus de 15 % de celles de la région de Montréal alimentent le domaine Médicament. Ces pharmacies représentent 16,9 % des pharmacies communautaires du Québec. Après un arrêt de plusieurs mois, le branchement des pharmacies communautaires à ce domaine a repris graduellement, à la cadence souhaitée, au début de l'année 2013.

Les huit projets de télésanté

L'échéancier des huit projets de télésanté, soit deux projets par réseau universitaire intégré de services (RUIS), a été révisé, conformément aux nouvelles ententes signées avec Inforoute Santé du Canada (ISC). Les projets suivants sont au stade de l'implantation :

- 1) la téléformation et le soutien clinique multidisciplinaire avancent. Ainsi, le déploiement prévu à la phase 1 est complété et les travaux relatifs à la deuxième phase ont commencé en 2012, soit l'ajout de 43 équipements pour de nouvelles stations de visioconférence servant à la téléformation ;
- 2) la phase 1 du déploiement des centres de télésoins à domicile est terminée et les cibles d'utilisation sont largement dépassées, avec plus de 30 000 transmissions. La deuxième phase, qui a commencé en 2012, porte sur l'ajout de 54 équipements de visioconférence ;
- 3) la télévisite, prévue dans le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile, est désormais possible ;
- 4) le centre virtuel de santé et des services sociaux a été déployé dans 98 % des sites cliniques visés à la phase 1. La deuxième phase prévoit l'installation de 25 équipements additionnels de visioconférence ;
- 5) le déploiement de la télépathologie est effectif dans 100 % des installations prévues à la phase 1. La phase suivante concerne la livraison, qui est commencée, de 15 nouveaux équipements de visioconférence ;
- 6) la téléconsultation et le soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires ont commencé. Le déploiement prévu à la phase 1 est terminé et la deuxième phase, qui a débuté en 2012, concerne la livraison de 43 équipements supplémentaires de visioconférence ;
- 7) la téléassistance en soins de plaies est opérationnelle dans 100 % des sites visés ;
- 8) la téléformation et la téléconsultation sont déployées à 90 % de la cible.

Projet de protection en santé publique

Le déploiement du module de gestion des produits immunisants du projet de protection en santé publique est complété dans les 18 régions. Au 31 mars 2013, la planification du déploiement des modules d'immunisation et le suivi des modules de protection étaient en préparation.

Projet SécurSanté

Le projet SécurSanté, qui permet le contrôle de l'accès au DSQ, avance : sa solution pilote a été déployée et le développement de la solution finale, dont la première livraison a eu lieu en novembre 2012, se poursuit.

Dépenses totales pour le Dossier Santé Québec

Au 31 mars 2013, les dépenses totales pour le DSQ s'établissaient à 447,6 millions de dollars, par rapport à des investissements prévus de 562,6 millions de dollars. Le tableau suivant présente le contour financier du budget 2012-2013, y compris la contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada et celle du gouvernement du Québec, de même que le montant des dépenses réelles au 31 mars 2013.

Dossier Santé Québec: contour financier et dépenses

PROJETS LIÉS AU DSQ		CONTOUR FINANCIER AU BUDGET 2012-2013	CONTRIBUTION ATTENDUE D'ISC	CONTRIBUTION DU QUÉBEC	DÉPENSES AU 31 MARS 2012
	PROPRIÉTAIRES	COÛTS (EN MILLIONS DE DOLLARS)			
Couche d'accès à l'information de santé incluant les adaptations à l'ICP (CAIS)	RAMQ	26,1	22,2	3,9	26,2
Consentement		4,0			
▪ Registre des consentements	RAMQ	2,4	—	4,0	4,0
▪ Service de gestion	RAMQ			2,4	2,4
Imagerie diagnostique	ASSS Mtl	115,0	71,9	43,1	91,9
Index patient maître (IPM)	ASSS	22,1	10,0	12,1	22,1
SécurSanté (initialement appelé Infrastructure à clé publique – ICP)	RAMQ	25,9	—	25,9	18,7
Médicaments	RAMQ	50,1	40,1	10,0	37,6
Registres des intervenants et des usagers	RAMQ	22,1	10,0	12,1	22,1
Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)	ASSS Mtl	2,0	2,0	0,0	2,0
Santé publique (Panorama)	INSPQ	23,6	17,1	6,5	20,2
Télésanté	ASSS Qc	42,8	21,0	21,8	33,1
Visualiseur du DSE, Dossier de santé électronique et Laboratoire	ASSS Mtl	108,6	90,1	18,5	92,2
Coûts des activités communes					
▪ Intérêts	—	19,6	—	19,6	7,6
▪ Administration		19,6	—	19,6	18,9
▪ Architecture, Gestion de projets et Gestion du changement		21,6	13,3	8,3	20,5
▪ Mise en œuvre et déploiement régional, et RSVP		52,2	3,2	49,0	27,2
▪ Évaluation des bénéfices		4,9	2,5	2,4	0,9
TOTAL		562,6	303,4	259,2	447,6

3.4 Suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web

Le Secrétariat du Conseil du trésor a adopté, en mai 2011, trois standards sur l'accessibilité du Web afin que les sites Web gouvernementaux ainsi que les documents téléchargeables et les productions multi-médias qu'ils contiennent soient pleinement accessibles à tous les citoyens. Les éléments qui suivent font brièvement état de la mise en œuvre de ces standards par le Ministère en 2012-2013.

Suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web pour l'exercice financier 2012-2013

ÉLÉMENT	DESCRIPTION
Liste des sections ou sites Web encore non conformes	<ul style="list-style-type: none">▪ Sites Web produits par d'autres unités administratives que la Direction des communications.▪ Sites Web produits par des fournisseurs externes.▪ Intranet ministériel.▪ Certains documents téléchargeables.
Résumé des réalisations pour la mise en œuvre des standards	<ul style="list-style-type: none">▪ Création d'un comité de travail sur les standards d'accessibilité et élaboration d'un plan d'action.▪ Sensibilisation du personnel : messages dans l'intranet, courriels du sous-ministre et deux séances de sensibilisation à l'accessibilité Web avec une personne non voyante.▪ Formation : 119 membres du personnel ont été formés au standard d'accessibilité des documents téléchargeables, dont le personnel du Service à la clientèle de la Direction générale de technologies de l'information.▪ Logiciels spécialisés mis à la disponibilité du personnel du Ministère.▪ Mise en place du support bureautique pour les procédures requises.
Liste des obstacles et des situations particulières	<ul style="list-style-type: none">▪ Grand nombre de personnes à former puisque toute personne produisant un document téléchargeable doit tenir compte des standards.▪ L'ensemble du personnel n'a pu être formé.▪ Peu de ressource de soutien pour la mise en œuvre des standards.▪ Gestion du changement complexe et délicate.▪ Modification des processus de production des documents téléchargeables.
Ressources mises à contribution	<ul style="list-style-type: none">▪ Le comité de travail au Ministère est composé de 4 unités administratives suivantes :<ul style="list-style-type: none">– Direction des communications (communication interne et Web);– Direction générale des technologies de l'information (service à la clientèle ministérielle et soutien technique);– Direction des ressources humaines ministérielles (formation);– Service de l'accès à l'information et de la propriété intellectuelle (documentation).▪ Impartition du contrat de formation du personnel à une firme privée.▪ Acquisition des logiciels Colour Contrast et JAWS par le Service à la clientèle de la Direction générale de technologies de l'information.

PARTIE 4

L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES

4.1 L'accès à l'égalité en emploi

LE MINISTÈRE

Données globales

L'année 2012-2013 a été marquée par une forte augmentation de l'embauche en raison de l'arrivée de 246 employés réguliers de la Société de gestion informatique SOGIQUE. En excluant ces nouvelles arrivées, l'embauche totale de la dernière année a été de 248 nouveaux employés, dont 99 réguliers.

Les données présentées dans les tableaux qui suivent comprennent les effectifs de la Société de gestion informatique SOGIQUE ainsi que les employés du Commissaire à la santé et au bien-être.

Embauche totale au cours de la période 2012-2013

NOMBRE	RÉGULIERS	OCCASIONNELS	ÉTUDIANTS	STAGIAIRES
Total de personnes embauchées	345	97	40	12
Employés en place au 31 mars 2013	912	31	8	5

Les membres de communautés culturelles, les anglophones, les autochtones et les personnes handicapées

Le Ministère poursuit ses efforts afin d'accroître la représentation des différentes composantes de la société québécoise parmi ses employés. En 2012-2013, il a recruté 45 membres de groupes cibles, ce qui correspond à 9 % de l'embauche incluant tous les statuts d'emploi. C'est au niveau de l'embauche des étudiants et des stagiaires que les taux ont été les plus élevés, soit respectivement de 20 % et de 17 %. Ces taux sont encourageants puisque ces employés représentent l'avenir de la fonction publique. L'écart entre les résultats de 2012-2013 et l'objectif d'embauche gouvernemental, qui est d'atteindre un taux annuel de 25 % de nouveaux employés, s'expliquent principalement par le fait que le bassin de candidats appartenant aux différents groupes cibles demeure restreint.

Taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2012-2013

STATUTS D'EMPLOI	EMBAUCHE TOTALE 2012-2013	COMMUNAUTÉS CULTURELLES	ANGLOPHONES	AUTOCHTONES	PERSONNES HANDICAPÉES	TOTAL	TAUX D'EMBAUCHE PAR STATUT D'EMPLOI (%)
Réguliers	345	20	3	1	0	24	7 %
Occasionnels	97	10	0	0	1	11	11 %
Étudiants	40	8	0	0	0	8	20 %
Stagiaires	12	2	0	0	0	2	17 %
	494	40	3	1	1	45	9 %

Taux d'embauche global des membres des groupes cibles par statut d'emploi, résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

ANNÉE	RÉGULIERS (%)	OCCASIONNELS (%)	ÉTUDIANTS (%)	STAGIAIRES (%)
2010-2011	24 %	5 %	15 %	31 %
2011-2012	12 %	8 %	18 %	26 %
2012-2013	7 %	11 %	20 %	17 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles¹³ au sein de l'effectif régulier, résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

GROUPES CIBLES	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2013	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2013 (%)	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2012	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2012 (%)	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2011	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2011 (%)
Communautés culturelles	56	6 %	31	5 %	32	5 %
Autochtones	4	0,4 %	3	1 %	5	1 %
Anglophones	6	1 %	4	1 %	5	1 %
Personnes handicapées	10	1 %	10	2 %	10	2 %

¹³ Rappel des objectifs : pour les membres des communautés culturelles, atteindre la cible gouvernementale de 9 % de l'effectif régulier ; pour les personnes handicapées, atteindre la cible ministérielle de 2 % de l'effectif régulier

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, résultats par catégorie d'emploi au 31 mars 2013

GROUPES CIBLES	PERSONNEL D'ENCADREMENT		PERSONNEL PROFESSIONNEL ¹		PERSONNEL TECHNICIEN		PERSONNEL DE BUREAU		PERSONNEL DES AGENTS DE LA PAIX		PERSONNEL OUVRIER		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Communautés culturelles	0	0%	34	7%	15	8%	7	6%	0	0%	0	0%	56	6%
Autochtones	0	0%	4	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	0,4%
Anglophones	0	0%	4	1%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	6	1%
Personnes handicapées	1	1%	4	1%	4	2%	1	1%	0	0%	0	0%	10	1%

1. Y compris les ingénieurs, les avocats, les notaires, les conseillers en gestion des ressources humaines, les enseignants, les médecins et les dentistes.

La représentation féminine

Le Ministère souhaite assurer aux femmes une place de choix dans tous les statuts d'emploi ainsi que dans l'ensemble des corps d'emploi. Au 31 mars 2013, les femmes représentaient 58 % de l'effectif total du Ministère et 61 % du personnel régulier.

Taux d'embauche des femmes en 2012-2013 par statut d'emploi

EMBAUCHE	PERSONNEL RÉGULIER	PERSONNEL OCCASIONNEL	PERSONNEL ÉTUDIANT	PERSONNEL STAGIAIRE	TOTAL
Nombre de femmes embauchées	174	77	28	7	286
Pourcentage par rapport au nombre total de personnes embauchées en 2012-2013	50 %	79 %	70 %	58 %	58 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2013

REPRÉSENTATIVITÉ	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL ¹	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PERSONNEL DES AGENTS DE LA PAIX	PERSONNEL OUVRIER	TOTAL
Nombre total d'employés réguliers	100	491	197	124	0	0	912
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	46	280	118	116	0	0	560
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	46 %	57 %	60 %	94 %	0 %	0 %	61 %

1. Y compris les ingénieurs, les avocats, les notaires, les conseillers en gestion des ressources humaines, les enseignants, les médecins et les dentistes.

Mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées

Le Ministère est soucieux de se doter de moyens pour favoriser l'embauche de personnes handicapées, notamment en respectant la priorité d'embauche des personnes qui ont une déficience et qui se sont qualifiées pour figurer dans la liste de déclaration d'aptitudes. Malgré le contexte de gel de l'embauche et la mobilité interministérielle élevée, le Ministère a su maintenir, en 2012-2013, un taux de représentativité relativement semblable à celui des dernières années, soit 1,62 %.

Comme dans les années passées, le Ministère participe à la promotion du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées auprès de l'ensemble de ses gestionnaires.

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées – Nombre de projets soumis au Centre de services partagés du Québec dans le cadre du Programme

AUTOMNE 2012 (COHORTE 2013)	AUTOMNE 2011 (COHORTE 2012)	AUTOMNE 2010 (COHORTE 2011)
0 projet	0 projet	1 projet

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées – Nombre de nouveaux participants au Programme accueillis entre le 1er avril et le 31 mars

2012-2013	2011-2012	2010-2011
0 nouveau participant	0 nouveau participant	1 nouveau participant

Le Ministère prend des mesures en faveur d'une intégration réussie de son personnel en ayant recours à des moyens tels que les services d'ergonomie et d'aménagement de postes de travail. Il poursuit, entre autres, des actions continues afin de répondre aux besoins des personnes ayant une déficience. Lorsqu'une de ces personnes change de poste ou arrive au Ministère, son espace de travail doit être adapté, ce qui peut demander des aménagements dans le bâtiment et à l'extérieur (accès aux salles de toilette et aux salles de réunion, rampes, stationnements). En 2012, le Ministère a aussi offert des mesures d'accommodement à un employé ayant un problème de santé physique. Un ajustement de son poste de travail et l'acquisition de mobilier spécialisé a été effectué afin de répondre à ses limitations fonctionnelles. De plus, une équipe de coordination des mesures d'urgence est formée régulièrement afin, notamment, de pouvoir porter assistance aux personnes ayant une déficience physique ou un problème de santé mentale. Enfin, chaque année, la promotion du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées est faite auprès des gestionnaires du Ministère.

Autres mesures ou actions en 2012-2013 (activités de formation de gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

MESURES OU ACTIONS	GROUPE CIBLE VISÉ	NOMBRE DE PERSONNES VISÉES
Adaptation du poste de travail et aménagement du bâtiment	Personnes handicapées	Sans objet
Ajustement du poste de travail et acquisition de mobilier spécialisé	Personnes handicapées	1 personne
Formation régulière de l'équipe de coordination des mesures d'urgence	Personnes handicapées	Sans objet
Promotion du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées	Personnes handicapées	Sans objet

LE SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS

Bien que le Secrétariat aux aînés relève du Ministère depuis 2012, son transfert administratif n'a été réalisé qu'en avril 2013. Les données sur les ressources du Secrétariat aux aînés ont été fournies par le ministère de la Famille, anciennement le ministère de la Famille et des Aînés.

Accès à l'égalité en emploi

Les programmes et les mesures en matière d'accès à l'égalité en emploi dans la fonction publique visent à assurer une meilleure représentativité des divers groupes de la société au sein de la fonction publique québécoise. Ils prévoient notamment :

- un objectif d'embauche annuel visant à ce que 25 % des personnes embauchées dans la fonction publique soient des membres de groupes cibles (communautés culturelles, autochtones, anglophones et personnes handicapées), et ce, pour toutes les catégories de personnel (régulier, occasionnel, étudiant et stagiaire);
- un objectif de représentativité de 9 % pour les membres de communautés culturelles et de 2 % pour les personnes handicapées dans l'ensemble de l'effectif régulier.

De façon globale, les processus de dotation prennent en considération les priorités de placement qui doivent être respectées en matière d'accès à l'égalité en emploi.

Embauche totale au cours de la période 2012-2013

NOMBRE	RÉGULIERS	OCCASIONNELS ¹	ÉTUDIANTS	STAGIAIRES
Total de personnes embauchées	4	5	2	0
Employés en place au 31 mars 2013	28	3	1	0

¹ Les données sur l'embauche du personnel occasionnel n'incluent que les nouvelles entrées en fonction durant la période visée, ce qui exclut les employés occasionnels dont le contrat a été renouvelé.

Les membres de communautés culturelles, les anglophones, les autochtones et les personnes handicapées

Taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2012-2013

STATUTS D'EMPLOI	EMBAUCHE TOTALE 2012-2013	COMMUNAUTÉ CULTURELLE	ANGLOPHONE	AUTOCHTONE	PERSONNE HANDICAPÉE	TOTAL	TAUX D'EMBAUCHE PAR STATUT D'EMPLOI (%) ¹
Réguliers	4	1	0	0	0	1	25
Occasionnels	5	1	0	0	0	1	20
Étudiants	2	0	0	0	0	0	0
Stagiaires	0	0	0	0	0	0	0

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est obtenu en comparant le total des personnes appartenant aux différents groupes cibles embauchées pour un statut d'emploi donné par rapport à l'embauche totale dans ce même statut d'emploi en 2012-2013.

Taux d'embauche global des membres des groupes cibles par statut d'emploi, résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

ANNÉE	RÉGULIERS (%)	OCCASIONNELS (%)	ÉTUDIANTS (%)	STAGIAIRES (%)
2010-2011 ¹	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
2011-2012	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
2012-2013	25	20	0	0

1. Pour 2010-2011 et 2011-2012, les taux étaient calculés pour l'ensemble du ministère de la Famille et non par secteur, ce qui rend impossible l'extraction des données du Secrétariat aux aînés.

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

GROUPES CIBLES	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2013	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2013 (%)	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2012 ¹	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2012 (%)	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2011	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2011 (%)
Communautés culturelles	1	3,6	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Autochtones	0	0,0	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Anglophones	0	0,0	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Personnes handicapées	0	0,0	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.

1. Pour 2010-2011 et 2011-2012, les taux étaient calculés pour l'ensemble du ministère de la Famille et non par secteur, ce qui rend impossible l'extraction des données du Secrétariat aux aînés.

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2013

GROUPES CIBLES	PERSONNEL D'ENCADREMENT		PERSONNEL PROFESSIONNEL ¹		PERSONNEL TECHNICIEN		PERSONNEL DE BUREAU		PERSONNEL DES AGENTS DE LA PAIX		PERSONNEL OUVRIER		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Communautés culturelles	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Autochtones	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Anglophones	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Personnes handicapées	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

1. Y compris les ingénieurs, les avocats, les notaires, les conseillers en gestion des ressources humaines, les enseignants, les médecins et les dentistes

La représentation féminine

Taux d'embauche des femmes en 2012-2013 par statut d'emploi

EMBAUCHE	PERSONNEL RÉGULIER	PERSONNEL OCCASIONNEL	PERSONNEL ÉTUDIANT	PERSONNEL STAGIAIRE	TOTAL
Nombre de femmes embauchées	4	4	1	0	9
Pourcentage par rapport au nombre total de personnes embauchées en 2012-2013	100 %	80 %	50 %	0 %	81,8 %

Taux de représentativité des femmes au sein de l'effectif régulier au 31 mars 2013

REPRÉSENTATIVITÉ	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PERSONNEL DES AGENTS DE LA PAIX	PERSONNEL OUVRIER	TOTAL
Nombre total d'employés réguliers	3	19	4	2	0	0	28
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	3	15	4	2	0	0	24
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	100 %	78,9 %	100 %	100 %	0 %	0 %	85,7 %

Mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées – Nombre de projets soumis au Centre de services partagés du Québec dans le cadre du Programme

AUTOMNE 2012 (COHORTE 2013)	AUTOMNE 2011 ¹ (COHORTE 2012)	AUTOMNE 2010 (COHORTE 2011)
0	n. d.	n. d.

¹ Pour 2010 et 2011, les données étaient comptabilisées pour l'ensemble du ministère de la Famille et non par secteur, ce qui rend impossible l'extraction des données du Secrétariat aux aînés.

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées – Nombre de nouveaux participants au Programme accueillis entre le 1^{er} avril et le 31 mars

2012-2013	2011-2012 ¹	2010-2011
0	n. d.	n. d.

¹ Pour 2010 et 2011, les données étaient comptabilisées pour l'ensemble du ministère de la Famille et non par secteur, ce qui rend impossible l'extraction des données du Secrétariat aux aînés.

Autres mesures ou actions en 2012-2013 (activités de formation de gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

MESURE OU ACTION	GROUPE CIBLE VISÉ	NOMBRE DE PERSONNES VISÉES
Communiqué visant à encourager les gestionnaires à intégrer et à maintenir en emploi des personnes handicapées	Personnes handicapées	3

4.2 L'égalité entre les femmes et les hommes

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES 2011-2015

Voici les principaux résultats, pour l'exercice 2012-2013, des actions sous la responsabilité et la coresponsabilité du Ministère au regard du Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015¹⁴.

¹⁴ Avec l'intégration du Secrétariat aux aînés au Ministère en cours d'année, les actions 49 et 50 se sont ajoutées aux engagements du Ministère.

Action 24: Favoriser la participation des hommes à la prestation de soins et de services sociaux

En raison de la rareté de la main-d'œuvre masculine dans certains métiers et professions de la santé et des services sociaux, le Ministère a mis en œuvre une stratégie de promotion qui comporte deux volets : la promotion des métiers des domaines de la santé et des services sociaux par des outils sur Internet ainsi que des activités de recrutement à l'international.

Action 50: Soutenir des projets ayant pour objet la mixité, l'accompagnement et le répit des proches aidants de personnes âgées

En 2012-2013, un projet visant l'accompagnement et le répit des proches aidants a été financé.

Action 63: Sensibiliser la population et le personnel professionnel quant à l'utilisation des produits, des services et des moyens amaigrissants (PSMA)

Le Ministère a poursuivi la mise en œuvre des 28 actions du Plan d'action pour la mise en œuvre 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée dont il est responsable, coresponsable ou partenaire.

Action 64: Poursuivre les activités de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin, en donnant priorité à l'assurance qualité et à l'accessibilité

Le Ministère a publié le rapport d'un comité d'experts qui décrit les issues possibles du dépistage par mammographie pour une cohorte de femmes participant au dépistage comparativement à une cohorte de femmes n'y participant pas. Les outils de communication du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ont été revus pour tenir compte de ces nouvelles données. Des efforts particuliers ont été consacrés au soutien à une décision éclairée de participer ou non à ce programme, selon les clientèles à joindre. En matière de dépistage du cancer du col utérin, le comité d'experts créé pour conseiller le ministre sur la mise en œuvre de nouvelles lignes directrices a amorcé ses travaux.

Action 66: Adapter des services de santé et des services sociaux aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation

Le Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a produit certains outils contribuant à des soins de santé et à des services sociaux adaptés aux besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Action 68: Assurer l'accès gratuit à un suivi prénatal précoce ainsi qu'à une information prénatale de qualité pour toutes les femmes enceintes et les futurs parents

Le nombre d'omnipraticiens qui font des suivis de grossesse a augmenté de 7 % entre 2009 et 2012, et l'équivalent de 22 sages-femmes à temps complet a été ajouté au réseau entre 2011 et 2013.

Action 68 B: Soutenir les pères dans l'exercice de leur rôle

L'inclusion des pères a été intégrée de façon transversale à la Politique de périnatalité, et non par des mesures spécifiques, exception faite des interventions éducatives sur le syndrome du bébé secoué et des visites postnatales effectuées en présence du père. En décembre 2012, 60 % des centres hospitaliers

visés avaient implanté le programme de prévention du syndrome du bébé secoué. Selon les données du monitoring post-implantation effectué, 90 % des parents reçoivent l'intervention préventive et, dans près de 90 % des cas, les deux parents y sont présents.

Action 69: Diminuer le recours aux interventions obstétricales non médicalement requises

Les travaux relatifs à l'élaboration du Tronc commun provincial d'information prénatale se sont poursuivis en 2012-2013.

Action 70: Accroître les services de soutien à domicile et documenter les pratiques innovantes

Les deux projets de recherche sur les pratiques innovantes en matière de soutien à domicile, menés en collaboration avec le Fonds de recherche du Québec – Société et culture, ont pris fin. Par ailleurs, les données les plus récentes sur les services de soutien à domicile de longue durée rendus par les différents modes de prestation des services révèlent qu'en 2012-2013, 10 472 838 heures de services ont été rendues.

Action 71: Élaborer et rendre publique la Politique gouvernementale du « vieillir chez soi »

En mai 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que le ministère de la Famille et des Aînés ont procédé au lancement de la politique *Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec* et du plan d'action 2012-2017 qui l'accompagne, lequel comprend 74 mesures relevant de 11 ministères et organismes.

Action 76: Documenter l'ampleur du problème de la violence familiale au Québec, dont l'exposition des enfants à la violence conjugale

Le Ministère et l'Institut de la statistique du Québec ont poursuivi les travaux concernant l'enquête sur la violence familiale au Québec. La collecte principale de données a été menée auprès de 4 029 mères et de 1 342 pères, et les analyses sont en cours.

Autres actions inscrites par le Ministère dans le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015

Les résultats pour les actions 12, 49, 51, 65 et 67 ne sont pas présentés, soit parce que les données ne sont pas disponibles, soit parce que ces actions ne présentent pas d'éléments marquants pour l'année de référence.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL EN MATIÈRE D'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES 2011-2015

En 2012-2013, le Ministère a poursuivi ses activités de sensibilisation et de formation en matière d'analyse différenciée selon les sexes (ADS) et a fait le suivi de ses neuf engagements inscrits dans le cadre du Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015. Voici, pour l'exercice 2012-2013, les principaux résultats des actions sous la responsabilité du Ministère ou dont il a la coresponsabilité¹⁵.

15. Avec l'intégration du Secrétariat aux aînés au Ministère en cours d'année, les actions 12 et 13 se sont ajoutées aux engagements du Ministère.

Action 10: Mettre en œuvre des projets d'expérimentation afin d'améliorer le continuum de services intersectoriels en matière d'emploi et de santé pour les personnes ayant des troubles de santé mentale (en coresponsabilité avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale)

Des appels de propositions ont été lancés au sein des directions régionales d'Emploi-Québec et du réseau de la santé et des services sociaux pour le développement d'expérimentations visant à favoriser la progression des personnes handicapées, dont les personnes qui vivent avec un trouble mental, à travers l'offre de service respectif des deux réseaux. La documentation sur le suivi des participants va intégrer l'ADS. La première expérimentation en est à l'étape de l'implantation.

Action 12: Appliquer l'ADS dans le contexte de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015

L'ensemble des recherches de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, toutes les données sur les appels traités à la Ligne Aide Abus Aînés et tous les portraits du milieu réalisés par les coordonnateurs régionaux présentent des données ventilées selon le sexe.

Action 23: Poursuivre l'intégration de l'ADS à des actions ciblées lors de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

Le Ministère et les partenaires du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 avaient ciblé 33 actions sur 70 pour une ADS. Ces actions, qui ont été mises en œuvre, répondent à des objectifs tels que la consolidation de places en hébergement d'urgence, la mise en place de services de répit et de dégrisement, le soutien communautaire en logement social, des interventions auprès des jeunes du réseau des centres jeunesse, la présence d'équipes de proximité, l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques ainsi que l'élaboration de portraits et la réalisation de projets de recherche sur ce phénomène.

Action 26: Poursuivre l'intégration de l'ADS à la mise en œuvre du programme Qualification des jeunes (PQJ)

L'Association des centres jeunesse du Québec a effectué une recension des modalités d'intervention qui sont proposées dans le programme PQJ et qui sont adaptées aux réalités et aux besoins différenciés des clientèles féminines et masculines. En 2011-2012, 412 filles et 553 garçons avaient participé au programme.

Action 27: Poursuivre l'intégration de l'ADS à l'adaptation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches pour le soutien aux proches aidants et l'hébergement

Le comité d'experts chargé de revoir l'offre de service de loisirs offert dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée a été sensibilisé à l'ADS.

Action 28: Poursuivre l'intégration de l'ADS à l'élaboration et à la mise en œuvre des activités de formation et de recherche en santé mentale

L'ADS a été intégrée aux présentations de la journée spéciale « Reconnaître les besoins des proches aidants », organisée dans le cadre des Journées annuelles de la santé mentale en mai 2012.

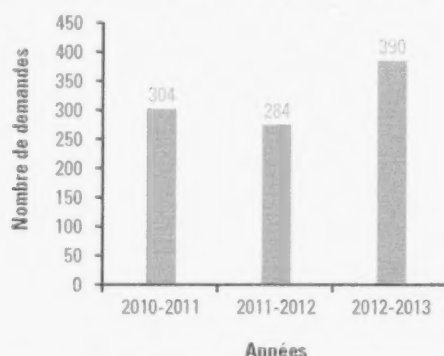
Autres actions inscrites par le Ministère dans le Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015.

Les résultats pour les actions 13, 21, 22, 24 et 25 ne sont pas présentés, soit parce que les données ne sont pas disponibles, soit parce que ces actions ne présentent pas d'éléments marquants pour l'année de référence.

4.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2012-2013, le Ministère a reçu 390 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. De ce nombre, 214 visaient l'obtention de documents administratifs (55 %) et 176 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (45 %).

Nombre de demandes d'accès à l'information
par année financière, de 2010-2011 à 2012-2013



Parmi les demandes reçues en 2012-2013, 68 % ont eu un accès total ou partiel à l'information, 8 % se sont soldées par un refus de communication – principalement en vertu des articles 18, 20, 34, 37, 39, 53 et 54 de la Loi – et 24 % concernaient des documents non détenus par le Ministère ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours et moins dans 78 % des cas. Trois recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Nombre de demandes ayant obtenu une réponse du Ministère, selon le type de demande, 2011-2012 et 2012-2013

TYPES DE DEMANDE	2011-2012	2012-2013
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	373	374
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	479	381
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistique	27	35

Le service de l'accès à l'information et de la propriété intellectuelle s'est assuré de la diffusion, sur le site Web du Ministère, de tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels. De plus, la sensibilisation et la formation du personnel au sujet des obligations et des pratiques en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels ont constitué une part importante de son activité puisqu'il a répondu à plus de 370 demandes de renseignements et d'avis.

4.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration

La Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été adoptée en novembre 1999, à la suite de la diffusion de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

La mise à jour de la politique ministérielle s'est poursuivie jusqu'à l'automne 2012. La Direction des communications a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des affaires juridiques pour adapter la politique ministérielle à la nouvelle politique gouvernementale adoptée et diffusée en 2011, en tenant compte de la mission ainsi que des enjeux propres au réseau de la santé et des services sociaux.

Le projet de politique linguistique ministérielle a été remis à toutes les agences de la santé et des services sociaux en novembre 2012 pour qu'elles puissent s'assurer de la cohérence de leur politique linguistique avec celle du Ministère et celle des autres agences. En mars 2013, seules les sections consacrées aux communautés autochtones et ethnoculturelles du projet ont été soumises à l'Office québécois de la langue française pour obtenir un avis favorable. Le Ministère est en attente d'une réponse avant de lui soumettre l'ensemble de sa politique linguistique.

En 2012-2013, le Ministère a reçu une seule plainte de l'Office concernant un cas de publipostage anglophone de l'une de ses publications expédiée à une citoyenne, mais il s'est avéré que le Ministère n'était pas l'expéditeur.

Au cours de l'exercice financier 2012-2013, la Direction des communications a traité 26 demandes d'avis ou de traduction anglaise de documents, et ce, dans le respect de sa politique linguistique. D'ailleurs, l'ensemble des communications et des activités du personnel du Ministère se sont déroulées dans le respect de cette politique.

4.5 Les changements climatiques

Dans son rapport annuel de gestion, le Ministère effectue une reddition de comptes des mesures 16, 17 et 21 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques.

Les travaux en matière d'efficacité énergétique au Ministère s'inscrivent depuis 2006 dans le cadre de la Stratégie énergétique du Québec et de la mesure 16 du Plan, qui demandaient au réseau de la santé et des services sociaux de réduire l'intensité énergétique de ses bâtiments de 14 % en 2010 par rapport à 2003. Les résultats propres à cette mesure sont présentés à la partie 2.2 du présent document, sous l'action 12 du Plan d'action de développement durable 2009-2013.

En ce qui concerne la mesure 17, le Programme de navettage durable 2011-2013 vise la réduction des émissions de gaz à effet de serre engendrées par les déplacements des employés pour le trajet qui sépare leur lieu de travail de leur domicile. Le financement de ce programme provient du Fonds vert. Le Comité de navettage durable, chargé de sa mise en œuvre, a mis en place une panoplie de services pour faire connaître et faciliter l'utilisation des transports actifs et collectifs, dont :

- la mise à la disposition d'un parc de vélos en libre-service gratuit pour le personnel du 1005 et du 1075, chemin Sainte-Foy, à Québec ;
- l'installation de douches et de casiers pour le personnel du 201, boulevard Crémazie Est, à Montréal ;
- une séance de mise au point de vélos ainsi qu'une formation sur la mécanique de base des vélos ;
- la mise en place des programmes d'accès annuel Opus + et Opus & Cie pour le personnel de Montréal ;
- l'implantation du logiciel de covoiturage AMT/MTQ RideShark.

Au 31 mars 2013, près de 90 employés se sont prévalus des programmes d'accès annuel Opus +, Opus & Cie et Abonne Bus, pour un taux d'utilisation de 9 % de l'effectif du Ministère. En outre, près de 50 employés utilisent le logiciel de covoiturage, pour un taux d'utilisation de 5 %. Cependant, le taux d'utilisation des modes alternatifs de transport (par exemple, la bicyclette ou la marche) est inconnu.

À l'automne 2012, le Ministère a reçu le prix Entreprise Vélosympathique. Ce prix vise à mettre en valeur le dynamisme et l'engagement d'une organisation au regard de la promotion des déplacements à vélo. Par la mise en œuvre de mesures concrètes, il a ainsi contribué à encourager son personnel à adopter un mode de transport actif et durable pour se rendre au travail.

La mesure 21 porte sur la mise en place de « mécanismes qui permettront de prévenir et d'atténuer les impacts des changements climatiques sur la santé et la sécurité publiques ». À cette fin, le Ministère a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) la coordination de différents projets ciblant, notamment, le développement de systèmes de veille-avertissement et de surveillance santé en temps réel, l'adaptation de la gestion clinique, sociale et matérielle du réseau de la santé, le soutien à l'aménagement préventif des lieux et des espaces habités ainsi que la formation, le transfert des connaissances, les adaptations et les solutions possibles.

Les trois nouveaux projets annoncés l'an dernier se poursuivent. Ils portent sur la démonstration d'adaptation aux changements climatiques de bâtiments de logement social du réseau des offices municipaux d'habitation du Québec. Ces projets, proposés par les offices de Longueuil, de Laval et de Trois-Rivières, ont bénéficié d'une subvention totale de plus de 1,5 million de dollars.

De plus, les représentants de la Direction générale de la santé publique et de l'INSPQ ont poursuivi leur travail avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs concernant la planification et la mise en œuvre des actions liées à la stratégie d'adaptation aux changements climatiques.

4.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

La Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé a comme responsabilités principales d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de coordonner l'action des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année 2012-2013, les membres de l'exécutif de cette table se sont réunis à trois reprises. À chaque réunion, les projets ministériels prioritaires auxquels les RUIS participent activement ont été mis à l'ordre du jour dans le but d'en préciser les orientations et de faire une mise à jour sur l'avancement des travaux. Ces projets sont :

- la mise en place d'un continuum de services pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC);
- la gestion de la douleur;
- les soins aux personnes âgées;
- les projets de recherche et les études multicentriques;
- l'appui à la première ligne dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs;
- la prise en charge de l'infarctus du myocarde;
- la télésanté.

L'accent a été mis sur :

- la nécessité d'une gouvernance inter-RUIS pour les projets cliniques en télésanté afin d'en assurer le déploiement;
- les projets de recherche et les études multicentriques en vue de faire accepter, par les comités d'éthique de la recherche, le principe d'une seule évaluation éthique pour un même projet de recherche mené dans plusieurs établissements. Ce mandat fut confié aux RUIS;
- le continuum de services liés aux accidents vasculaires cérébraux;
- les projets de démonstration en groupe de médecine de famille (GMF) afin de rehausser l'accès aux services de deuxième ligne (cliniques de mémoire) pour les personnes atteintes de troubles cognitifs avec le soutien des RUIS.

Au cours de l'année, cinq tables sectorielles ont exercé leurs activités :

- la table sur la gestion de la douleur chronique;
- la table sur le vieillissement;
- la table mère-enfant;

- la table en soins infirmiers ;
- la table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

De plus, les RUIS ont participé aux travaux du Comité aviseur ministériel sur le continuum de services liés aux AVC.

4.7 Le Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013, sous-titré « La diversité : une valeur ajoutée »

La politique gouvernementale visant à favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, intitulée « La diversité : une valeur ajoutée », ainsi que le Plan d'action 2008-2013 qui l'accompagne pour assurer sa mise en œuvre ont été lancés en octobre 2008.

Le Ministère s'est engagé à réaliser quatre mesures inscrites dans le Plan d'action 2008-2013. Ces mesures sont les suivantes :

34 C : *Favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes Québécois des communautés culturelles au moyen du programme Qualification des jeunes qui s'adresse à des jeunes de 16 ans et plus ayant séjourné dans les centres jeunesse et qui ont besoin d'un soutien particulier pour définir leur projet d'avenir*

En 2012-2013, le Ministère a poursuivi différentes mesures pour donner suite aux recommandations formulées par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans son rapport intitulé « Profilage racial et discrimination systémique des jeunes racisés ». De plus, le comité de travail formé de représentants ministériels et du réseau de la santé et des services sociaux, mis en place par le Ministère en 2011-2012, poursuit ses travaux dans le but de recommander les meilleures pratiques à implanter pour améliorer les services destinés à ces jeunes.

41 K : *Enrichir les programmes-cadres de formation interculturelle offertes au personnel et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux afin d'assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse et de prévenir la discrimination lors de la prestation des services*

En 2012-2013, le Ministère continue ses travaux qui visent à identifier les programmes-cadres contribuant le mieux à assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse ainsi qu'à prévenir la discrimination lors de la prestation de services. Ainsi, il a amorcé des discussions avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour préciser un mandat de travail qui pourrait rejoindre la révision des programmes-cadres de formation interculturelle.

41 L : *Documenter la situation du racisme et de la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux à la lumière des recommandations du comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux en matière de lutte contre le racisme et la discrimination pour les personnes issues des communautés culturelles afin d'établir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le réseau*

Depuis le 1^{er} avril 2009, les établissements du réseau ainsi que les agences de la santé et des services sociaux répertorient les plaintes pour motifs de discrimination ou de racisme dans le système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services.

Du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, 142 plaintes ont été enregistrées sous les quatre catégories suivantes : commentaires discriminatoires, gestes offensants, propos offensants et autres.

41 M : *Stimuler les efforts de recherche sur l'influence du racisme et de la discrimination sur la santé afin d'améliorer les orientations et les programmes ministériels et de mettre en œuvre des interventions visant la réduction des inégalités sociales de la santé*

Des établissements du réseau ont mené ou mènent actuellement diverses recherches en matière d'adaptation des services aux réalités ethnoculturelles. En 2012-2013, le Ministère a aussi amorcé des discussions avec l'INSPQ en vue de préciser un mandat de travail qui pourrait rejoindre ce moyen d'action.

4.8 La Politique de financement des services publics

Plusieurs tarifs sont fixés par le Ministère pour des biens et des services rendus par le Ministère et son réseau. Compte tenu de la nature des services fournis et du nombre de tarifs, les prochaines pages présentent distinctement le processus tarifaire du Ministère, celui du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celui qui est associé au transport préhospitalier d'urgence. Pour sa part, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) rend compte de son processus tarifaire dans son propre rapport annuel de gestion.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les revenus du Ministère provenant de diverses sources sont détaillés dans le texte suivant.

Revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2012-2013
8,28 M\$	7,17 M\$

Revenus et coûts estimés détaillés

La vente de permis

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
1,84 M\$	0,73 M\$

Les revenus et les coûts estimés relatifs à la vente de permis concernent plus précisément l'octroi des permis de radiologie, de biologie médicale, d'orthèses et de prothèses, de directeur de funérailles, de centre médical spécialisé et de centre de procréation assistée. Les tarifs sont affichés sur le site Internet

du Ministère. Ils ont été fixés initialement dans les lois et les règlements correspondants. Ils sont indexés annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation. La dernière indexation a eu lieu le 1^{er} janvier 2013.

Les services administratifs

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
0,01 M\$	0,01 M\$

Les services administratifs dont il est question ici sont en majeure partie des abonnements et des renouvellements d'abonnements au manuel de gestion financière. Les tarifs sont affichés sur le site Internet du Ministère. Ils ont été fixés historiquement en fonction des coûts. L'indexation des tarifs se faisait aux trois ans, selon une indexation annuelle rétroactive. Depuis le 1^{er} janvier 2012, ces tarifs sont indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes.

L'assurance hospitalisation pour les étrangers

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
0,23 M\$	0,23 M\$

La RAMQ administre le programme d'assurance hospitalisation pour les ressortissants étrangers à prime. Ce programme permet à la clientèle admissible de bénéficier des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et de la Loi sur l'assurance maladie, pour lesquels le versement d'une prime est requis. Les primes, qui ne sont pas publiées, sont transmises par le ministère des Relations internationales aux clientèles visées. Elles sont fixées selon les évaluations actuarielles réalisées annuellement par la RAMQ. La dernière révision des primes entrait en vigueur le 1^{er} avril 2012.

Le recouvrement de la tierce responsabilité

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
6,2 M\$	6,2 M\$

La RAMQ recouvre les coûts des services de santé et des services sociaux auprès de tiers responsables visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que par la Loi sur l'assurance-hospitalisation. Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services offerts en externe. Ils sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ces tarifs sont évalués en fonction des coûts. Ils sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. Ils ont été révisés le 1^{er} mai 2012.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau de la santé et des services sociaux a des revenus de tarification annuels de près de 1,6 milliard de dollars provenant de plusieurs sources.

Revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2012-2013
1 552,2 M\$	4 415,9 M\$

Revenus et coûts estimés détaillés

La contribution des adultes hébergés, les contributions parentales et la prestation fiscale pour enfants placés en famille d'accueil

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
809,0 M\$	3 949,6 M\$

La RAMQ administre le programme de contribution financière des adultes hébergés et fixe les montants des contributions. Comme le précise le site Internet de la RAMQ, la contribution financière des adultes hébergés est le montant exigé de la part d'un adulte par le gouvernement pour son hébergement dans un établissement de santé au Québec. Elle répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile, qui doivent toutes assumer les dépenses liées à leur gîte et nourriture. Les services sociaux et les services de santé, quant à eux, sont gratuits pour tous les citoyens et citoyennes du Québec. Ils ne sont donc pas pris en compte dans le calcul de la contribution. La RAMQ fixe donc la contribution exigible par les établissements du réseau en fonction de la catégorie de chambre occupée et de la capacité de payer des personnes. Les modalités d'application de cette contribution sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, aux articles 358 et suivants.

Quant aux contributions parentales, elles sont payées par les parents dont un enfant est hébergé par un centre jeunesse en famille d'accueil, un centre de réadaptation ou une autre ressource d'hébergement. Les parents demeurent responsables de leur enfant en vertu du Code civil du Québec. Ils assument donc, conjointement avec l'État, les coûts d'hébergement de l'enfant. Une méthode de calcul permet de majorer la contribution selon la capacité de payer des parents. Les modalités applicables sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, aux articles 347 et suivants.

Enfin, la prestation fiscale pour enfants provient du gouvernement canadien. Il s'agit d'un paiement pour des enfants de moins de 18 ans qui sont à la charge d'un établissement.

Les tarifs pour tous ces services sont consultables sur le site Internet du Ministère. Ils sont recalculés ou indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes et la dernière indexation a eu lieu le 1^{er} janvier 2013.

Les suppléments de chambres

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
60,0 M\$	Sans objet

En vertu des articles 7 à 13 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, les établissements sont tenus de désigner des salles, des chambres semi-privées et des chambres privées. Ils sont aussi tenus de réclamer le tarif prévu pour l'occupation des chambres semi-privées et privées, selon les modalités prescrites par le Ministère.

Les tarifs se trouvent sur le site Internet du Ministère. Ils sont indexés annuellement selon l'indice des rentes et la dernière indexation a eu lieu le 1^{er} janvier 2013.

Les tierces responsabilités

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
216,9 M\$	Sans objet

Le Ministère assume le coût des services de santé et des services sociaux fournis par les établissements du réseau aux résidents du Québec lorsque ces services sont médicalement requis ou qu'ils sont prévus dans une loi du Québec.

Cependant, le Ministère n'assume pas le coût des services rendus dans les circonstances suivantes :

- les services fournis à un résident du Québec ne sont pas médicalement requis ;
- les services sont fournis à un résident d'une autre province canadienne ;
- les services sont fournis à un non-résident du Canada ;
- le coût des services est assumé par un autre organisme en vertu d'une loi du Québec ou du Canada¹⁶.

Dans ce dernier cas, les établissements du réseau facturent le tiers responsable du paiement des coûts relatifs aux soins de santé et aux services sociaux pour une clientèle particulière¹⁷.

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services rendus en externe, qui sont consultables sur le site Internet du Ministère. Ils sont évalués en fonction des coûts. Ils sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. Certains ont été révisés en date du 1^{er} avril 2012 et d'autres, en date du 1^{er} mai 2013.

¹⁶ Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, articles 3 et 4.

¹⁷ Par exemple, les établissements facturent les services de santé fournis aux travailleurs accidentés à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou, encore, ils facturent la Gendarmerie royale du Canada, en vertu de la Loi sur la Gendarmerie royale du Canada, qui est responsable du coût des services de santé pour ses employés. C'est ce qui est communément appelé les revenus de tierces responsabilités.

Activités accessoires

REVENUS ESTIMÉS 2012-2013	COÛTS ESTIMÉS 2012-2013
466,3 M\$	466,3 M\$

Les exigences du Ministère au regard des activités accessoires sont présentées sur son site Internet. Les revenus de ces activités doivent permettre le financement des charges qui y sont reliées et, donc, de s'autofinancer. Il s'agit notamment d'activités commerciales telles que le stationnement, le salon de coiffure ou d'autres activités complémentaires.

Les revenus totaux des activités accessoires sont estimés à 1 106,4 millions de dollars pour l'année 2012-2013. Par contre, ces revenus ne sont pas tous tirés de la tarification puisqu'ils incluent, entre autres, les revenus pour la recherche du Fonds de recherche du Québec – Santé. Seuls les revenus de tarification sont exposés ci-dessus.

Les tarifs des activités accessoires sont sous la responsabilité des établissements du réseau. Ils doivent être établis en fonction des coûts des activités.

TRANSPORT PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

Les tarifs des services préhospitaliers d'urgence sont fixés par le Ministère et font l'objet d'un arrêté ministériel sous-jacent à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Ils sont consultables sur le site Internet du Ministère. Les revenus qui en découlent sont perçus par les différentes entreprises qui offrent des services de transport ambulancier au Québec. Il est à noter que les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1997. Les estimations de 2012-2013 n'étant pas disponibles, les données de 2011-2012 sont présentées dans ce rapport. Il faut souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 26 millions de dollars sur l'ensemble des coûts.

Revenus et coûts totaux

REVENUS 2011-2012	COÛTS 2011-2012
103,0 M\$	535,0 M\$

Revenus et coûts détaillés

Revenus de tarification 2011-2012

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANT
Établissements du réseau (transport interétablissements)	60,0 M\$
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	11,0 M\$
Société de l'assurance automobile du Québec	5,0 M\$
Autres (organismes fédéraux)	1,0 M\$
Particuliers	26,0 M\$
Sous-total – revenus de tarification	103,0 M\$

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANT
Revenus de tarification	103,0 M\$
Ministère de la Santé et des Services sociaux (subvention)	432,0 M\$
Total	535,0 M\$

4.9 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec

La présente section porte sur le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec et sur les progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans ses rapports déposés depuis l'année 2007-2008.

LA GOUVERNANCE DANS LES AGENCES ET LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME 1, 2007-2008)

L'adoption, en 2011, de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux a apporté de nombreuses modifications en rapport avec les recommandations du Vérificateur général du Québec. Entre autres, cette loi clarifie les rôles et les responsabilités des conseils d'administration, intègre des pratiques reconnues de bonne gouvernance, assure une formation aux membres des conseils d'administration et prévoit des mesures afin de rendre cohérents les différents outils de gestion.

Ainsi, au cours de l'année 2012-2013, le Ministère a poursuivi ses actions visant à répondre à ces nouvelles exigences légales. Il a aussi mis de l'avant d'autres mesures afin d'apporter les correctifs demandés par le Vérificateur général du Québec.

La formation

Le Ministère, en collaboration avec des représentants d'agences et d'associations d'établissements, a poursuivi ses actions en lien avec la Stratégie de soutien et de formation à l'intention des membres des conseils d'administration. Différents moyens ont été conçus pour assurer l'accueil, l'intégration et la formation continue de ces membres. Ainsi, au printemps 2012, des rencontres régionales d'accueil et d'intégration des nouveaux membres des conseils d'administration des établissements ont été organisées, sous la responsabilité des agences.

Le Ministère et ses partenaires ont aussi poursuivi leurs activités, à l'automne 2012, en vue d'offrir des sessions d'accueil aux nouveaux membres des conseils d'administration des agences. Ils ont également participé à la préparation de matériel dans le cadre du programme de formation continue offert par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

La signature des ententes de gestion

Le Vérificateur général du Québec avait recommandé que les ententes de gestion et d'imputabilité soient signées en temps opportun. Au cours de la dernière année, l'échéancier a été resserré, de telle sorte que toutes les ententes avaient été convenues au 31 mars 2013. Par la suite, les conseils d'administration des agences ont approuvé ces ententes, et la plupart ont été signées dans le mois suivant par les présidents-directeurs généraux et le sous-ministre en titre.

La cohérence entre les outils de gestion

L'une des préoccupations du Vérificateur général du Québec touchait l'intégration entre les plans stratégiques, les ententes de gestion et d'imputabilité et les rapports annuels de gestion. Il recommandait d'augmenter la cohérence de ces outils aux trois paliers de gestion. Les récentes modifications législatives prévoient désormais que tous les paliers doivent produire un plan stratégique avec des éléments communs. De plus, les rapports annuels de gestion doivent rendre compte à la fois des objectifs prévus dans le plan stratégique ainsi que dans l'entente de gestion et d'imputabilité.

En 2012-2013, les actions du Ministère visant à actualiser ces obligations légales se sont poursuivies, notamment par la mise à jour de la circulaire portant sur le rapport annuel de gestion des établissements. De plus, une partie des ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre le Ministère et chaque agence reprend les engagements du plan stratégique de l'agence.

L'APPROVISIONNEMENT EN ÉQUIPEMENT ET EN FOURNITURES DE NATURE MÉDICALE (TOME III, 2007-2008)

À la suite d'un processus de fusions volontaires amorcé à l'automne 2011, les négociations regroupées du réseau sont maintenant faites par quatre groupes d'approvisionnement :

- le groupe d'approvisionnement Montréal-Laval ;
- le groupe d'approvisionnement de l'Est ;
- le groupe d'approvisionnement de la Montérégie ;
- le groupe d'approvisionnement du Nord-Ouest.

De plus, le Ministère a demandé aux regroupements d'utiliser des méthodes, des documents et des systèmes équivalents afin de standardiser l'offre de service aux établissements. À cet effet, des projets de centralisation des données ainsi que d'implantation d'un seul système informatique de négociation sont en place et le Ministère y participe afin d'assurer que les décisions soient prises dans une orientation nationale. La méthode d'évaluation des résultats en fonction de la réduction de 100 millions de dollars en approvisionnement a été revue afin d'harmoniser les méthodes de calcul et de minimiser les risques d'erreurs.

Le 27 février dernier, le Ministère a publié une circulaire pour obliger les établissements à procéder par négociation regroupée pour une liste précise d'équipement et de fournitures. Un travail continu avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec permet d'accélérer l'adhésion du corps médical au processus de négociation en commun. Cette adhésion est essentielle à la réussite des travaux.

Enfin, le Ministère évalue et soutient les divers projets de mise en commun des données, des entrepôts, des services logistiques, voire des services d'approvisionnement. Les tenants et les aboutissants de ces projets, sous l'égide des agences de la santé et des services sociaux ou des groupes d'approvisionnement en commun, seront, si les résultats le justifient, diffusés dans le réseau en tant que meilleures pratiques en approvisionnement et logistique.

LE SOUTIEN FINANCIER ACCORDÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET PAR LES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME I, 2008-2009)

Depuis la publication, le 4 novembre 2008, du rapport du Vérificateur général du Québec portant sur le soutien financier accordé aux organismes communautaires par le réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs actions ont été menées.

Une convention de soutien financier dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux (Convention) a été élaborée. Tous les organismes communautaires visés par cette convention l'ont signée au cours de l'exercice 2012-2013. Elle est harmonisée et le même document est utilisé par le Ministère et les agences.

Cette convention fait état des obligations de l'organisme signataire, de l'agence ou du Ministère. Elle précise que le Ministère ou l'agence peut retenir, diminuer ou révoquer le soutien financier, notamment quand un surplus financier non affecté dépasse le seuil permis. Un processus est aussi prévu en cas de situations particulières ou problématiques. Par ailleurs, la Convention exige que les organismes se conforment au processus de reddition de comptes prescrit dans la publication intitulée « La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale », produite par le Ministère en 2009. Les organismes doivent également rendre compte de toute situation d'appareillement.

De plus, de concert avec les représentants du milieu communautaire, un comité de suivi a été créé afin d'assurer l'application rigoureuse de la convention et la recherche de solutions appropriées aux situations problématiques. Enfin, un formulaire harmonisé de demande de subvention a été conçu et diffusé par le Ministère et les agences aux organismes qui seront signataires de la Convention en 2013-2014.

LA GESTION DES CENTRES JEUNESSE ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES (TOME II, 2009-2010)

Le Comité indicateurs – programme Jeunes en difficulté (le Comité) a poursuivi ses travaux visant, entre autres, à établir des cibles et des indicateurs permettant d'évaluer la performance des centres jeunesse. Il regroupe des représentants du Ministère, des agences, des centres jeunesse, des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de leurs associations respectives. Depuis la mise en place de ce comité en 2009, le Ministère a notamment développé des indicateurs permettant d'évaluer la récurrence des situations de compromission ainsi que la durée des placements des jeunes.

À la suite de la publication, en juin 2012, du Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux, le Comité a intensifié ses travaux afin d'identifier des indicateurs d'évaluation de la performance, tant pour les CSSS que pour les centres jeunesse. Cinq rencontres ont été tenues au cours de l'année et un premier tableau de bord de performance

jeunesse est en préparation. Il faut mentionner que les travaux relatifs à l'expérimentation d'une nouvelle méthode d'analyse de la performance menés dans les régions des Laurentides et de Lanaudière ont alimenté ceux du Comité.

En plus d'établir des indicateurs et des cibles permettant d'évaluer les principaux volets de la performance des centres jeunesse, le Vérificateur général recommandait de développer des standards qui favoriseraient une gestion économique et efficiente des ressources par les centres jeunesse. Le suivi des indicateurs retenus pour la dimension de l'efficacité permettra au Ministère de définir de tels standards, lesquels devraient être intégrés dans la prochaine offre de service.

L'adoption du Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, en janvier 2012, répond à la recommandation voulant que le système permette de mesurer l'intensité des services rendus aux jeunes hébergés dans une famille d'accueil en favorisant l'équité et l'économie. En effet, le règlement donne des précisions sur les différents services à offrir aux usagers hébergés dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Il a introduit une nouvelle classification des services fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers ainsi qu'un instrument de détermination et de classification des services propres aux ressources intermédiaires et aux ressources de type familial.

L'homogénéité dans l'application de l'instrument de mesure est essentielle. La récente entrée en vigueur de certaines ententes collectives le démontre en introduisant un mécanisme de révision de la classification. Durant l'exercice, un guide d'utilisation de l'instrument a été élaboré afin de favoriser la compréhension commune de celui-ci et la standardisation de son emploi. De plus, le Ministère a mis en place un comité national d'experts sur l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance afin de soutenir le réseau dans cet objectif d'harmonisation et d'assurer le transfert des connaissances aux nouveaux intervenants.

Au regard de l'allocation des ressources, en 2010-2011, l'écart du programme Jeunes en difficulté atteignait 33,5 millions de dollars. En 2012-2013, cet écart est de 15,8 millions de dollars, soit 1,57 % par rapport à la dépense de référence. Actuellement, parmi les programmes-services, il représente celui dont l'écart relatif est le plus faible. La mise à jour des paramètres utilisés dans le mode, leur bonification et les efforts d'optimisation demandés peuvent expliquer en grande partie la réduction progressive des écarts de ce programme. Par ailleurs, l'ajout de 10 millions de dollars pour le déploiement des programmes d'intervention en négligence a été annoncé en juillet 2012 dans le but de réduire les écarts dans le réseau de la santé.

LA VIGIE RELATIVE AU PROJET DOSSIER SANTÉ QUÉBEC (TOME I, 2010-2011)

La Loi sur le partage de certains renseignements de santé a été adoptée en juin 2012 par l'Assemblée nationale. En arrêtant la définition et le contenu du Dossier Santé Québec (DSQ), la Loi en assure la pérennité et elle permet l'élargissement du déploiement de ses composantes à l'ensemble du Québec, et ce, pour toutes les personnes recevant des services de santé et des services sociaux. Les ajustements requis aux solutions et aux infrastructures technologiques mis de l'avant depuis le début du projet ont été identifiés afin de se conformer aux dispositions de cette loi.

La Loi entrera en vigueur progressivement : la première étape a pris effet dès le printemps 2013 et ce sera le cas des deux autres d'ici 2014-2015. Cette stratégie étagée vise à permettre la modification des solutions et des infrastructures des composantes du DSQ tout en assurant la poursuite, sans interruption, du déploiement dans quatre régions (Capitale-Nationale, Estrie, Montréal et Lanaudière) des domaines cliniques déjà expérimentés – soit le Médicament, le Laboratoire et l'Imagerie médicale – et leur déploiement dans les autres régions du Québec.

Respect des exigences de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises d'État

En rapport avec l'application de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises d'État, le Ministère a diffusé une circulaire et un cadre de gestion, en septembre 2012, pour informer les établissements publics et les agences de la santé et des services sociaux quant au contenu du plan de gestion des ressources informationnelles. Ce plan comporte trois volets, soit les projets d'informatisation, les activités de continuité en ressources informationnelles et les activités d'encadrement.

De plus, une première collecte d'information sur l'état d'avancement des projets a été finalisée en juin 2012. Conformément aux exigences, les résultats de l'opération ont été transmis au Secrétariat du Conseil du trésor. Suite à cette première opération, les responsables locaux des plans de gestion ont reçu une formation, à l'automne 2012, pour uniformiser l'interprétation des exigences de la Loi et standardiser l'application du cadre de gestion en vue d'améliorer la comparabilité des renseignements reçus. Au 31 mars 2013, la deuxième collecte était en cours. Les projets considérés comme étant en difficulté font l'objet d'un plan de redressement et d'un suivi particulier.

Enfin, la première opération relative à la production de la Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles a débuté en décembre 2012. Celle-ci porte sur les exercices 2013-2014 à 2015-2016. La transmission de la version définitive au directeur des ressources informatiques est attendue pour le début de l'année financière 2013-2014.

SUIVI DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME II, 2010-2011)

Le Ministère s'est engagé, dans son plan stratégique 2010-2015, à évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et à assurer une rétroaction sur les résultats. Dans la foulée de cet engagement, il a adopté, en janvier 2012, un cadre de référence ministériel qui précise les assises théoriques et l'approche préconisées pour évaluer la performance du système de santé et de services sociaux. Aussi, le Ministère a mis en place des structures de concertation afin de mobiliser les principaux acteurs du Ministère, des agences et extraministériels concernés par l'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux.

Progrès accomplis en 2012-2013

En avril 2012, le Ministère adoptait un plan d'action qui vise à systématiser la fonction d'évaluation de la performance au sein du Ministère et du réseau. Un guide de sélection et d'élaboration des indicateurs a été produit en septembre 2012. De plus, des groupes de travail ont été mis en place pour sélectionner les indicateurs de performance. Le plan d'action propose un calendrier de leurs travaux. Certains groupes de travail ont commencé leurs activités à l'automne 2012 (Services spécialisés – chirurgie et Déficience physique); d'autres les ont débutés avant l'année 2012-2013 et les ont poursuivies (Santé publique et Jeunes en difficulté).

Tous les documents de référence – soit le plan d'action, le cadre de référence et le guide de sélection et d'élaboration des indicateurs – ont été diffusés dans le réseau et mis en ligne sur l'Espace informationnel de l'intranet ministériel en janvier 2013.

Le Ministère a collaboré étroitement avec l'Institut canadien d'information sur la santé en vue de diffuser des informations comparatives sur la performance des établissements du Québec. Parmi les publications, mentionnons le Rapport sur les hôpitaux canadiens (mars 2013) et celle sur le ratio normalisé de mortalité hospitalière (décembre 2012).

Enfin, en ce qui concerne les mesures qui incitent à la performance, mentionnons que, dans son discours sur le budget du 20 mars 2012, le ministre des Finances a annoncé la formation d'un groupe d'experts chargé de formuler des recommandations en vue de préparer l'implantation graduelle de nouveaux modes de financement centrés sur les patients dans le secteur de la santé et des services sociaux, cela dans le but d'améliorer l'organisation des services et de répartir les ressources de façon plus équitable et plus optimale. Plusieurs rencontres du groupe d'experts ont eu lieu au cours de l'exercice 2012-2013. Le rapport final est attendu en 2013.

SERVICES SE RAPPORTANT À L'ALIMENTATION DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011-2012, AUTOMNE 2011)

Dans son rapport de l'automne 2011 sur les services se rapportant à l'alimentation, le Vérificateur général du Québec a émis une recommandation s'adressant au Ministère et deux autres à l'intention du Ministère et des agences vérifiées. En réponse à ces recommandations, le Ministère a rédigé un plan d'action comportant six actions distinctes.

D'abord, un groupe de travail sur les services alimentaires a été formé en octobre 2012. Il se compose de neuf représentants : deux du Ministère, un des agences et six des établissements. Ce groupe de travail se réunit régulièrement. Il a notamment préparé un sondage en vue d'interroger les établissements sur leurs pratiques de gestion et de production relatives aux services alimentaires et de nutrition clinique.

D'autres travaux en cours depuis cette année visent à définir et à diffuser des principes directeurs relatifs à la productivité des services alimentaires. Des recommandations pertinentes ont été formulées et la rédaction d'un rapport a débuté. Enfin, la réflexion sur l'indicateur actuellement utilisé dans les services alimentaires (coût unitaire par repas) a été amorcée en vue de l'améliorer.

4.10 L'occupation et la vitalité des territoires

En vertu de la Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires, le Ministère s'est engagé dans l'atteinte des objectifs de la Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016.

Voici les résultats obtenus en 2012-2013 à l'égard des actions pour lesquelles une responsabilité du Ministère est inscrite dans le document d'accompagnement : *Un gouvernement en action pour mieux habiter et vivre de nos territoires 2011-2013*¹⁸.

Action 2.8: Soutenir le développement de politiques familiales et la démarche Municipalités amies des aînés

Les résultats présentés ci-dessous ne concernent que le soutien au développement de la démarche Municipalité amie des aînés (MADA), qui est sous la responsabilité du Secrétariat aux aînés. En 2012-2013, cette démarche s'est concrétisée par la mise en place des mesures qui suivent.

Le Programme de soutien à la démarche MADA

Le Programme de soutien à la démarche MADA offre un soutien financier aux municipalités et aux municipalités régionales de comté (MRC) qui élaborent une politique municipale des aînés ainsi que le plan d'action qui en découle. Au total, 100 projets, représentant 251 municipalités ou MRC, ont été acceptés en 2012-2013, pour un montant total de 2 797 461 dollars. Celui-ci comprend le soutien financier et technique offert par le Carrefour action municipale et famille. À ce jour, 579 municipalités et MRC, incluant toutes les grandes villes du Québec, participent à la démarche MADA. De ce nombre, 56 municipalités et MRC ont lancé leur plan d'action MADA et ont obtenu leur certification de reconnaissance MADA, lequel est en vigueur pour la durée du plan, soit habituellement trois ans.

Le Carrefour action municipale et famille

Le Secrétariat aux aînés et le Carrefour action municipale et famille, un organisme sans but lucratif, ont signé une entente d'un an (2012-2013), pour un total de 102 000 dollars, afin que le Carrefour action municipale et famille offre un soutien technique aux municipalités et aux MRC qui désirent entreprendre une démarche MADA. Ce soutien prend la forme d'un accompagnement par des professionnels en vue de réaliser les diverses étapes de la mise en œuvre de la démarche.

¹⁸ Les résultats relatifs aux actions 4.10, 4.11 et 4.13 se trouvent dans la section consacrée au Plan stratégique 2010-2015, ceux qui se rapportent aux actions 4.15, 7.4 et 12.4 se trouvent dans la partie traitant du Plan d'action de développement durable 2009-2013 et ceux qui sont liés à l'action 6.3 sont présentés dans la partie sur les changements climatiques (action 21). Le Ministère collabore aux actions 2.5, 10.4, 11.7, 11.8 et 11.9, lesquelles sont portées par d'autres ministères. Il n'y a aucun résultat pour l'action 5.4 en 2012-2013.

Le Centre de recherche sur le vieillissement

Le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke, financé par le Secrétariat aux aînés, développe les connaissances sur l'approche MADA pour en mesurer les effets et assurer le développement optimal du modèle.

Action 4.9: Soutenir les autorités locales en santé et services sociaux dans la mise en place des réseaux locaux et la mobilisation des acteurs du milieu

Au courant de l'exercice 2012-2013, les travaux relatifs à la Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle se sont poursuivis de la manière qui suit.

La gouverne et le travail en réseau local de services

Les conditions ainsi que les moyens à mettre en place aux paliers national, régional et local pour soutenir davantage le travail en réseau local de services ont été identifiés. Un document est en préparation, avec la collaboration de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services et de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences.

Les données sur l'état de santé de la population et ses déterminants

L'utilisation optimale des données de santé dans les exercices de planification sociosanitaire favorise la mise en place des réseaux locaux de services et la mobilisation des acteurs du milieu. Ainsi, un tableau de bord pour les paliers national, régional et local, sur les principaux indicateurs de santé sur les jeunes de 5 à 17 ans a été conçu et rendu disponible à l'Infocentre de santé publique. Un autre tableau de bord est en préparation, pour les aînés cette fois.

L'organisation des services de première ligne

Des ateliers destinés aux cliniciens de première ligne ont été planifiés. Ces ateliers leur permettent de se questionner sur leur pratique au regard des besoins concernant la santé de la population du territoire qu'ils desservent. Plus précisément, ce chantier vise la révision du cadre de gestion des groupes de médecine de famille, le renforcement à la fois de l'équipe interdisciplinaire au sein de ces groupes et des liens avec les CSSS ainsi que la conception d'outils visant à soutenir la pratique des cliniciens de première ligne.

Le partenariat intersectoriel

Une revue de la littérature sur les meilleures pratiques pour mobiliser les acteurs intersectoriels a été faite et des premières orientations ont été définies au cours de l'année budgétaire.

Événement national sur la responsabilité populationnelle

L'exercice 2012-2013 a été consacré à la préparation d'un événement national réunissant des gestionnaires des agences, des établissements de santé et de services sociaux de toutes les régions du Québec et du Ministère. Cet événement a pour thème « La responsabilité populationnelle : un levier pour la santé et le bien-être de la population » et il s'est déroulé en mai 2013.

Action 4.12: Soutenir l'amélioration de l'offre de services aux proches aidants

Les 17 Appuis régionaux en place depuis 2012 poursuivent leur déploiement afin de soutenir l'amélioration de l'offre de service aux proches aidants. La création des Appuis des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik sont en cours.

Du 1^{er} avril au 31 décembre 2012, les Appuis des régions de la Montérégie, des Laurentides, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches, de l'Estrie et de Laval ont lancé des appels à projets pour financer des actions portées par les organismes du milieu, notamment en matière de répit aux proches aidants. Ces six appels à projets ont permis de soutenir financièrement 43 projets qui, au total, visaient plus de 10 000 proches aidants¹⁹.

Action 4.14: Financer de nouveaux projets dans le cadre du programme de soutien financier aux initiatives visant le respect des aînés

Le programme Soutien aux initiatives visant le respect des aînés a pris fin le 31 mars 2012. Il a été remplacé par le nouveau programme Québec ami des aînés, qui vise à soutenir financièrement des initiatives locales, régionales ou nationales permettant d'adapter les milieux de vie aux réalités des personnes âgées pour leur permettre de rester chez elles, dans leur communauté. Il favorise leur participation active dans des environnements sains, sécuritaires et accueillants. Ce programme comporte trois volets :

- le volet Soutien à des projets nationaux et à l'expérimentation, qui vise à soutenir des initiatives et des activités d'envergure nationale, des expérimentations, des projets pilotes ou de la recherche. Les projets financés visent en priorité la transmission des savoirs entre les générations, la lutte contre la maltraitance envers les aînés et l'accès à des activités culturelles ;
- le volet Municipalité amie des aînés (MADA), qui permet de poursuivre l'implantation de la démarche MADA ;
- le volet Soutien aux actions communautaires, qui vise à soutenir la réalisation de projets locaux ou régionaux concrets issus prioritairement des plans d'action élaborés dans le cadre de la démarche MADA et portés par la communauté, dont les personnes âgées sont partie prenante.

En 2012-2013, le programme Québec ami des aînés (excluant le volet MADA) bénéficie d'un budget de 14 751 900 \$. À la suite de l'appel de projets (excluant le volet MADA) lancé au second semestre 2012, 80 projets ont été soutenus financièrement par le Secrétariat aux aînés.

Action 4.16: Soutenir le réseau de coordonnateurs affectés aux personnes âgées dans les régions du Québec

En 2012-2013, le territoire québécois comptait dix-huit coordonnatrices et coordonnateurs spécialisés en matière de maltraitance envers les personnes âgées, sur une possibilité de vingt. Parmi eux, seize sont des coordonnatrices et coordonnateurs régionaux travaillant dans l'ensemble des régions sociosanitaires, les deux autres s'occupant respectivement des aînés des Premières Nations et des communautés culturelles situées partout au Québec. Bien que la région du Nunavik et celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'aient pas encore de coordonnateur, des démarches sont en cours pour

¹⁹ Ces informations proviennent des rapports transmis par la Société de gestion pour les proches aidants.

assurer une réponse aux besoins de ces régions comportant des réalités spécifiques. De plus, en 2012-2013, les coordonnatrices et coordonnateurs ont participé à trois journées de formation ainsi qu'à des rencontres mensuelles d'échange et de suivi organisées et animées par le Secrétariat aux aînés, qui est responsable du soutien apporté au réseau des coordonnatrices et coordonnateurs.

Action 4.17 : Élaborer une stratégie gouvernementale du « vieillir chez soi ».

Le 3 mai 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Famille et des Aînés ont procédé conjointement au lancement de la politique intitulée « Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec » et de son plan d'action 2012-2017, qui comprend 74 mesures relevant de 11 ministères et organismes.

Action 5.8 : Soutenir l'organisation des services en matière de qualité de l'air intérieur et de salubrité dans les parcs d'habitation

Le Comité permanent sur la qualité de l'air intérieur est appelé à soutenir en priorité la réalisation du Plan d'action provincial concernant les collaborations interministérielles sur les problématiques d'insalubrité, de qualité de l'air et de nuisances. Il regroupe des représentants du Ministère, de l'INSPQ et des directions de santé publique.

En 2012-2013, certaines actions prévues dans le plan d'action ont été réalisées. Différents documents ont été produits, avec l'objectif d'harmoniser les actions de santé publique visant à contrer les problèmes d'insalubrité, de qualité de l'air intérieur et de nuisances.

Un important travail a été effectué pour préciser les rôles et les responsabilités des directeurs de santé publique, du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des différents acteurs gouvernementaux. Le Comité a également rédigé des lignes directrices sur la collaboration de la santé publique avec le milieu municipal, les réseaux locaux de services de la santé et des services sociaux ainsi que certains partenaires interministériels. Enfin, deux formations ont été dispensées auprès des municipalités par certaines directions de santé publique.

La seconde partie du plan d'action couvrant les années 2013 à 2015 est en voie d'être achevée. Les actions prévues ont pour but de définir les responsabilités des partenaires et les collaborations à entreprendre afin d'organiser ou d'améliorer les services publics au regard de la qualité de l'air et de l'insalubrité.

Action 5.9 : Soutenir les milieux dans l'application d'une démarche visant la sécurité dans les milieux de vie

Au Québec, 44 % (7/16) des régions sont en voie d'implanter ou ont implanté une démarche relative à la sécurité dans les milieux de vie ; deux autres régions ont quant à elles planifié l'implantation d'une telle démarche.

Un outil de soutien destiné aux directions régionales de santé publique a été conçu afin de rehausser le niveau d'implantation de cette démarche par le maintien et la mise en œuvre des conditions facilitantes permettant d'atteindre les résultats attendus au niveau régional.

Action 10.8 : Accroître le nombre de jeunes des centres jeunesse bénéficiant du programme Qualification des jeunes

À la fin de l'année financière 2012-2013, les seize centres jeunesse avaient développé des places prévues dans la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014. C'est ainsi que 190 nouvelles places correspondant à la formule régulière du programme Qualification des jeunes et 130 places se rapportant à la formule intensive s'ajoutaient aux 500 places développées dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 et financées par le Ministère depuis 2009-2010.

En ce qui a trait au nombre de jeunes différents qui ont participé à ce programme au cours de l'exercice 2012-2013, on compte 219 jeunes ayant bénéficié de la formule intensive et 144, de la formule régulière. La différence entre le nombre de places et le nombre de jeunes s'explique par le fait qu'en cours d'exercice, des jeunes ont terminé leur participation au programme et que d'autres jeunes ont pu le commencer.

Les résultats quant aux jeunes qui ont terminé le programme atteignent les objectifs dudit programme, c'est-à-dire qu'ils ont un emploi ou sont à la recherche d'un emploi, qu'ils ont reçu une formation qualifiante ou suivent toujours une formation, qu'ils ont développé leurs compétences d'autonomie et qu'ils ont créé des liens avec des personnes ou des ressources pouvant les aider à répondre à leurs besoins.

LES RÉALISATIONS DU SECRÉTARIAT AUX ÂÎNÉS

DÉMARCHE MUNICIPALITÉ AMIE DES ÂÎNÉS

La démarche Municipalité amie des aînés (MADA) permet aux élus et aux fonctionnaires municipaux, aux organismes communautaires, aux intervenants de la santé ainsi qu'aux personnes aînées de développer une vision commune pour adapter leur municipalité au vieillissement de la population.

Au 31 mars 2013, 579 municipalités et municipalités régionales de comté (MRC), incluant toutes les grandes villes du Québec, participent à la démarche MADA ; 68 d'entre elles ont terminé leur démarche et sont reconnues MADA.

En 2012-2013, 251 municipalités et MRC ont entamé cette démarche avec le soutien financier du programme MADA, tandis que 48 municipalités et MRC l'ont terminée et sont reconnues MADA. Dans le cadre du programme MADA, le Secrétariat aux aînés a poursuivi son soutien financier aux municipalités ainsi que son soutien technique par l'intermédiaire de l'organisme sans but lucratif Carrefour action municipale et famille.

Au cours de ce même exercice budgétaire, le Secrétariat aux aînés a signé, avec le Carrefour action municipale et famille et le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke, une convention d'aide financière allant jusqu'au 31 mars 2017. Cette convention vise à développer des connaissances sur l'approche MADA pour en mesurer les effets et assurer le développement optimal du modèle. Le Centre a entrepris ses travaux en 2012-2013.

Concernant le Réseau des grandes villes MADA, le Secrétariat aux aînés, en collaboration avec le Carrefour action municipale et famille et le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke, a conçu une approche d'accompagnement pour les grandes villes du Québec ayant entrepris une démarche MADA.

Depuis août 2012, le Secrétariat aux aînés est désormais l'entité nationale assurant la coordination du Réseau mondial des villes-amies des aînés de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au Québec. Les objectifs de ce réseau sont l'échange d'information et le réseautage. Le Réseau francophone des villes-amies des aînés a quant à lui été lancé à Dijon (France) le 26 janvier 2012. Un document établissant les statuts de ce réseau était en préparation au 31 mars 2013.

PROGRAMME D'INFRASTRUCTURES QUÉBEC-MUNICIPALITÉ – MUNICIPALITÉ AMIE DES ÂÎNÉS

Depuis 2010, le Programme d'infrastructures Québec-Municipalités – Municipalité amie des aînés offre une aide financière aux municipalités engagées dans la démarche MADA. Il permet la réalisation de petits travaux de construction, de réfection ou d'agrandissement d'infrastructures utilisées par les aînés. Ce programme est doté d'une enveloppe annuelle de 3 millions de dollars. Au cours de l'année, il a été prolongé dans le cadre de la politique gouvernementale « Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec » et de son plan d'action 2012-2017.

En 2012, 42 projets proposés par 34 municipalités du Québec ont été retenus et leur financement atteint 2 804 365 \$²⁰. L'appel de projets de 2012-2013 s'est terminé le 15 février 2013 ; les projets retenus ainsi que le financement accordé seront annoncés prochainement.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES 2010-2015

Lancé le 14 juin 2010, le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015 est sous la responsabilité du Secrétariat aux aînés. Il vise à contrer toutes les formes de la maltraitance, qu'elle soit financière ou matérielle, psychologique, physique, sexuelle ou d'origine systémique.

En 2012, avec le lancement de la politique gouvernementale « Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec », il a été prévu que le financement des mesures permettant de lutter contre la maltraitance se poursuivrait jusqu'en 2017.

Enfin, la troisième phase de la campagne de sensibilisation à la maltraitance des aînés, d'une durée de cinq semaines, a commencé le 28 mars 2013.

PROGRAMME QUÉBEC AMI DES ÂÎNÉS – VOLETS 1 ET 3

Le programme Québec ami des aînés vise à soutenir financièrement des initiatives locales, régionales ou nationales permettant d'adapter les milieux de vie aux réalités des personnes âgées pour leur permettre de rester chez elles, dans leur communauté. Il favorise leur participation active dans des environnements sains, sécuritaires et accueillants. Voici les réalisations notables de ce programme en 2012-2013 :

- au total, 13 projets d'une durée de un à trois ans ont été retenus en 2012-2013 dans le cadre du volet « Soutien financier à des projets nationaux et à l'expérimentation²¹ » et l'aide financière accordée pour la réalisation de ces projets s'élève à 2 999 679 \$;
- par l'intermédiaire du volet « Soutien aux actions communautaires²² », une aide financière a été accordée à 67 projets locaux ou régionaux concrets d'une durée de un à trois ans qui sont portés par la communauté où les personnes âgées sont partie prenante. En 2012-2013, l'aide financière accordée pour la réalisation de ces projets atteint 4 669 433 \$.

20. Depuis 2010, 89 projets ont été financés, pour un total de 5 288 717 \$.

21. Le volet « Soutien financier à des projets nationaux et à l'expérimentation » vise à soutenir des projets d'envergure nationale, des expérimentations, des projets-pilotes ou de la recherche, en priorisant la transmission des savoirs entre les générations, la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et l'accès aux activités culturelles.

22. Le volet « Soutien aux actions communautaires » vise à soutenir la réalisation de projets locaux ou régionaux concrets découlant prioritairement des plans d'action élaborés dans le cadre de la démarche MADA et portés par la communauté, dont les personnes âgées sont partie prenante.

RENOUVELLEMENT DES ENTENTES AVEC LES TABLES RÉGIONALES DE CONCERTATION DES AÎNÉS

La consolidation des Tables régionales de concertation des aînés et de la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec s'inscrit dans les orientations de la politique « Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec » et vise à reconnaître ainsi qu'à soutenir l'implication des personnes âgées dans leur communauté. Les conventions d'aide financière ont été signées au cours de l'été 2012 et couvrent une période de cinq ans.

ANNEXE I LISTE DES LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01)
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28)
- Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29)
- Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01)
- Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (chapitre A-33.1)
- Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (chapitre C-5.2)
- Loi sur les cimetières non catholiques (chapitre C-17)
- Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (chapitre C-32.1.1)
- Loi sur le curateur public (chapitre C-81)
- Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001)
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (chapitre E-20.1)
- Loi instituant le fonds de soutien aux proches aidants (chapitre F-3.2.1.1)
- Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (chapitre F-4.0021)
- Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (chapitre H-1.1)
- Loi sur les inhumations et les exhumations (chapitre I-11)
- Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03)
- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1)
- Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (chapitre L-0.2)
- Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (chapitre M-1.1)
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2)
- Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (chapitre M-35.1.3)
- Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P-9.0001)
- Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1)
- Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1)
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (chapitre R-2.2.0.0.1)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2)

Loi sur le tabac (chapitre T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1)

ANNEXE II LES ORGANISMES PLACÉS SOUS LA RESPONSABILITÉ DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La présente annexe contient une brève description des organismes et comités placés sous la responsabilité du ministre ainsi que les rapports d'activité 2012-2013 de trois d'entre eux²³.

Bureau de la modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Directeur exécutif: M. Clermont Gignac

2021, avenue Union, bureau 10.049

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 864-9883

Site Web : www.construction3chu.msss.gouv.qc.ca

Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal a pour mission d'assurer le respect des balises quant aux programmes, au budget, au règlement et aux délais fixés par le gouvernement pour la réalisation des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

L'organisme assume un leadership d'expertise en gestion de projet auprès de ces trois institutions, qui restent les maîtres d'œuvre de leurs projets. Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (Bureau du directeur exécutif) exerce une gouvernance rigoureuse et transparente afin de réduire les risques inhérents au déploiement des grands projets complexes. Son rôle consiste aussi à optimiser la valeur des installations ainsi que le cycle de vie des équipements et des actifs immobiliers, et ce, dans la perspective d'obtenir les meilleures retombées d'un développement économique durable.

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012-2013

La gouvernance

La structure de gouvernance a été établie en collaboration avec les principaux acteurs des dossiers, soit les CHU de Montréal et Infrastructure Québec. Les rôles, les responsabilités et les sphères d'imputabilité des parties prenantes sont clairement définis.

23 Il s'agit du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles ainsi que du Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

Le suivi régulier des projets est assuré, entre autres éléments, par des rencontres statutaires organisées à plusieurs niveaux par le Bureau du directeur exécutif. De nombreux outils de contrôle ont également été créés afin que la portée des projets, les coûts, les risques et les échéanciers soient arrimés. Une surveillance constante est ainsi effectuée, laquelle permet notamment d'accepter ou de refuser les changements proposés en cours de processus.

En 2012-2013, un bureau de la pertinence des changements a été créé pour chacun des CHU. Il permet de traiter les modifications proposées par les CHU et de s'assurer que les autorités compétentes prennent position au bon moment, soit au tout début du processus. Depuis septembre 2012, le comité de vérification des conseils d'administration de chacun des CHU doit aussi rendre compte trimestriellement de la gestion de son projet de modernisation au Ministère, ce qui assure un meilleur suivi du dossier.

Des étapes importantes franchies dans tous les projets

Les projets de modernisation des CHU de Montréal sont maintenant tous en chantier.

- **Centre de recherche du CHUM**

L'entente de partenariat du Centre de recherche du CHUM a été signée en mai 2010 avec le consortium Pomerleau-Verreault. Les travaux sont très avancés. La réception provisoire des bâtiments aura lieu à l'automne 2013, comme prévu. Le Centre de recherche sera pleinement fonctionnel au printemps 2014.

Le Centre de recherche du CHUM disposera de 69 000 mètres carrés, répartis dans deux bâtiments situés sur les rues Viger et Saint-Antoine, de part et d'autre de l'autoroute Ville-Marie. Les locaux pourront abriter 110 équipes de recherche. L'aile sud, sur la rue Saint-Antoine, logera également les locaux administratifs du CHUM. Le budget d'immobilisations de ce centre de recherche est de 460 millions de dollars et aucun dépassement de coûts n'est prévu.

- **CHUM**

Le 10 juin 2011, le contrat pour la conception et la construction du nouveau Centre hospitalier universitaire de Montréal était signé avec le consortium Collectif Santé Montréal, formé des entreprises OHL, Innisfree et Laing O'Rourke.

La première phase du projet permettra de mettre en service un hôpital entièrement fonctionnel dès 2016. La deuxième phase qui nécessite, entre autres, la démolition de l'hôpital Saint-Luc, sera terminée en 2020.

Deux ans après le début des travaux, le bâtiment principal compte maintenant trois niveaux au-dessus du sol. Le stationnement souterrain est complété et deux autres bâtiments commencent à prendre forme.

Le CHUM comptera 772 lits et 39 salles d'opération. Il offrira des soins en fonction de 35 spécialités médicales. Le budget d'immobilisations du complexe hospitalier est de 2,6 milliards de dollars.

- **Campus Glen du CUSM**

Le 15 juillet 2010, l'entente de partenariat relative au site Glen du Centre universitaire de santé McGill était signée et les travaux commençaient. Le consortium choisi, le Groupe immobilier santé McGill (SNC-Lavalin et Innisfree), en arrivera bientôt au terme de trois années de conception et de construction. Les cinq bâtiments du complexe hospitalier sont maintenant érigés à leur pleine hauteur. Les parements

extérieurs seront terminés en 2013. Les travaux d'aménagement intérieur progressent rapidement puisqu'ils sont avancés à au moins 50 %. Ces bâtiments comprendront notamment 500 chambres (Hôpital de Montréal pour enfants et Hôpital Royal-Victoria), le centre de recherche, le centre de cancérologie et des locaux pour l'enseignement. La superficie totale est de 213 000 mètres carrés, sans compter la superficie du stationnement de 2 700 places. La réception provisoire des pavillons du Campus Glen est prévue pour l'automne 2014. Les nouveaux locaux devraient être occupés au printemps 2015. La construction de l'Hôpital des Shriners, dont les coûts de construction sont entièrement assumés par les Shriners, vient tout juste de commencer. Situé à l'extrémité ouest du Campus, à côté de l'Hôpital de Montréal pour enfants, il ouvrira à l'automne 2015, quelques mois après les bâtiments du CUSM. Le budget d'immobilisations du site Glen du CUSM atteint près de deux milliards de dollars. Des études sont en cours concernant les liens piétonniers vers la gare intermodale du métro Vendôme.

- **CHU Sainte-Justine**

En mai 2012, un contrat était signé avec le Groupe SLC (SNC-Lavalin construction) relativement à la conception finale et à la construction du volet clés en main du projet « Grandir en santé ». Un an plus tard, l'excavation est terminée et les fondations du bloc des unités spécialisées sont en place. Le projet comporte aussi un stationnement dont la première phase (500 places) sera livrée en septembre, une centrale thermique et un centre de recherche. Il s'intègre dans le projet global de la modernisation du CHU Sainte-Justine qui a été amorcé en 2007, entre autres avec l'agrandissement du Centre de cancérologie Charles-Bruneau, et qui sera complété par la rénovation d'une partie de l'hôpital actuel, en 2017-2018. Au terme du projet, l'ajout des nouveaux bâtiments, qui seront livrés en 2016, portera la superficie du CHU Sainte-Justine à 200 000 mètres carrés, ce qui représente une augmentation de 65 % de la superficie actuelle. Le budget d'immobilisations autorisé pour l'ensemble du projet est de 836 millions de dollars.

Les projets de modernisation des CHU de Montréal respectent à ce jour les plans cliniques ainsi que les programmes fonctionnels et techniques adoptés par le gouvernement en 2007. Les superficies nettes prévues dans les devis de performance sont également respectées.

La création d'emplois directs et indirects, pour la durée des travaux de construction, sera globalement de 34 000 années-personnes. Les retombées fiscales pour le gouvernement du Québec seront de 365 millions de dollars.

Le Bureau du directeur exécutif poursuit sans relâche son travail pour s'assurer une gestion rigoureuse des contrats. Le suivi des risques, des opportunités et des changements occupe une grande partie du temps de l'équipe, qui compte quinze personnes, dont 10 professionnels.

Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Présidente : M^{me} Mercedes Orellana

2021, avenue Union, bureau 840

Montréal, (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 418 266-4551

Site Web : www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.php?accueil

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012-2013

Le mandat et la composition du Comité

Le mandat du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles consiste à donner des avis au ministre sur la façon dont les services de santé et les services sociaux sont fournis aux personnes appartenant à l'une ou l'autre des communautés ethnoculturelles.

En 2012-2013, Mme Mercedes Orellana a continué d'agir à titre de présidente du Comité et M^{me} Nathalie Lecoq, à titre de vice-présidente. Les membres du Comité avaient été nommés par le ministre, M. Yves Bolduc, le 17 décembre 2008.

Les activités du Comité

Le Comité a tenu deux rencontres au cours de l'année 2012-2013. La fin de cette année a davantage été consacrée au renouvellement et à la nomination des nouveaux membres du Comité. De plus, le Comité a adressé une correspondance au Ministère afin d'exposer ses préoccupations à l'égard des conséquences sur les demandeurs d'asile de la réforme du Programme fédéral de santé intérimaire par le gouvernement fédéral. Le Comité s'est également adressé au Ministère pour lui souligner l'importance de poursuivre les travaux sur la révision des programmes-cadres de formation interculturelle.

Le code d'éthique et de déontologie

Du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, aucun incident ni aucune transgression du code d'éthique et de déontologie du Comité n'ont été constatés et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : M^{me} Marjorie Goodfellow

2021, avenue Union, bureau 840

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2292

Site Web : www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.php?accueil

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012-2013 (RÉSUMÉ)

Le mandat et la composition du Comité

Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise est chargé de donner son avis au gouvernement sur :

- la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;
- l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence de la santé et des services sociaux conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Les membres du Comité ont été nommés en septembre 2007 et la durée de leur mandat est de trois ans, renouvelable une seule fois. Le mandat des membres est venu à échéance en septembre 2010. Cependant, ils demeurent en place tant qu'ils n'ont pas été remplacés ou qu'ils n'ont pas démissionné. Le processus de nomination des membres du Comité et de renouvellement des mandats a été amorcé en cours d'exercice; les nouveaux membres entreront en fonction au début de l'année 2013-2014. Mme Marjorie Goodfellow a continué d'agir à titre de présidente du Comité et M. Michael Udy, à titre de vice-président.

Les activités du Comité

En 2012-2013, les membres du Comité se sont rencontrés à huit reprises. Les principales activités du Comité ont porté sur :

- les avis à donner au gouvernement concernant l'approbation de certains programmes d'accès aux services en langue anglaise et l'analyse de ces programmes;
- l'évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé;
- une consultation des communautés d'expression anglaise et des prestataires de services dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- le renouvellement de l'Entente Canada-Québec;
- le processus de renouvellement des membres du Comité provincial.

PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE 2012-2015

Le Comité a recommandé l'approbation de cinq programmes d'accès. Ces programmes ont été approuvés par le gouvernement le 27 juin 2012 (décret n° 714-2012). Il s'agit des programmes des régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et des Laurentides.

PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES LANGUES OFFICIELLES EN SANTÉ

Conformément au mandat confié au Comité provincial, les membres ont continué à exercer un suivi assidu des activités reliées au Programme de contribution pour les langues officielles en santé avec les deux mandataires de Santé Canada, soit le Réseau communautaire de santé et de services sociaux et l'Université McGill.

AVIS DU COMITÉ

Au cours de l'année, le Comité a adressé des avis et commentaires au gouvernement ainsi qu'aux différentes instances du Ministère.

Plus précisément, il a adressé au ministre et aux autorités ministérielles les avis suivants :

- un avis sur l'approbation par le gouvernement des propositions faites par cinq agences relativement aux programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ;
- un avis sur le « Plan stratégique du Québec, Services en langue anglaise, plan stratégique 2013-2018 : Pour maintenir, améliorer, restaurer la santé et le bien-être des personnes d'expression anglaise au Québec » (annexe à l'Entente Canada-Québec) ;
- un avis sur l'amélioration de la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ;
- un avis sur une proposition concernant le renouvellement du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2013-2018.

Le code d'éthique et de déontologie

Une révision du code d'éthique et de déontologie du Comité a été effectuée.

Aucun incident ni aucune transgression du code d'éthique et de déontologie du Comité, adopté en 2006, n'ont été constatés au cours de l'année 2012-2013 et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Chaque fois qu'un conflit de rôles ou d'intérêts, réel ou appréhendé, est possible, le ou les membres en cause sont invités à se retirer des discussions, des délibérations et des décisions du Comité. À cet égard, le code d'éthique et de déontologie a été invoqué à plusieurs reprises durant l'année.

Comité central d'éthique de la recherche

Président: D^r Serge Gauthier

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : 514 873-2114, poste 252
Site Web : www.ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml

Comité d'hémovigilance

Président: M. Daniel Tremblay

1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Site Web : www.msss.gouv.qc.ca/hemovigilance

Commissaire à la santé et au bien-être**Commissaire : M. Robert Salois**

1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone : 418 643-3040
Site Web : www.csbe.gouv.qc.ca

Curateur public du Québec**Curateur public : M. Normand Jutras**

600, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 4W9
Téléphone : 1 800 363-9020
Site Web : www.curateur.gouv.qc.ca

Héma-Québec**Président et chef de la direction : D^r Jean De Serres**

4045, boulevard Côte-Vertu
Montréal (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000 ou 1 888 666-4362
Site Web : www.hema-quebec.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux**Président-directeur général : D^r Juan Roberto Iglesias**

1195, avenue Lavigerie, bureau 60
Québec (Québec) G1V 4N3
Téléphone : 418 643-1339
Site Web : www.inesss.qc.ca

Institut national de santé publique du Québec**Président-directeur général : D^r Luc Boileau**

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418 650-5115
Site Web : www.inspq.qc.ca

Office des personnes handicapées du Québec

Directrice générale : M^{me} Sylvie Tremblay

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Télécscripteur : 1 800 567-1477
Site Web : www.ophq.gouv.qc.ca

Régie de l'assurance maladie du Québec

Président-directeur général : M. Marc Giroux

787, boulevard Lebourgneuf
Québec (Québec) G2J 1C3
Téléphone : 1 800 561-9749
Site Web : www.ramq.gouv.qc.ca

Urgences-santé

Président du conseil d'administration : M. Nicola D'Ulisse

3232, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1Y 3H5
Téléphone : 514 723-5600
Site Web : www.urgences-sante.qc.ca

ANNEXE III ÉVOLUTION DES RÉSULTATS AU REGARD DES OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

ENJEU 1

L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
85 % d'implantation des activités prévues au PNSP d'ici 2015	81,5 %	Sans objet	84,7 %
85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien d'ici 2015	68,8 %	Sans objet	79,7 %
Adoption d'une stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle en 2011 et évaluation de sa mise en œuvre en 2015	Non disponible	Stratégie en cours d'élaboration	Stratégie en cours d'élaboration

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
70 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF) d'ici 2015	57,4 %	60,2 %	62,4 %
300 GMF implantés d'ici 2015	223	239	253
70 % des médecins de famille pratiquent en GMF (ou modèles équivalents) d'ici 2015	51 %	56 %	55 %
250 IPS en soins de première ligne et offrant des services de première ligne d'ici 2015	46	89	145 ¹
100 % des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux d'ici 2015	56 %	63 %	63 %
90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auquel on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins d'ici 2015	88 %	88 %	87 %
100 % des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur d'ici 2015	21 %	33 %	57 %
100 % des territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace ou jugé prometteur d'ici 2015	55 %	66 %	79 %

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
Diminution du taux d'enfants resignalés	Non disponible	19 %	18 %
Diminution du taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) à la suite d'un signalement	Non disponible	10 %	10 %
2 % des jeunes et des adultes (population du Québec) recevant des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS d'ici 2015	Près de 1 %, soit 75 848 personnes	Près de 1 %, soit 76 193 personnes	1 %, soit 81 284 personnes
100 places en CSSS par 100 000 adultes en suivi intensif dans le milieu d'ici 2015	2 098 places, soit 26 places par 100 000 personnes	2 251 places, soit 28 places par 100 000 personnes	2 467 places, soit 31 places par 100 000 personnes
250 places par 100 000 adultes en soutien d'intensité variable d'ici 2015	4 184 places, soit 52 places par 100 000 personnes	4 110 places, soit 51 places par 100 000 personnes	3 930 places, soit 49 places par 100 000 personnes
Augmentation du nombre de jeunes et d'adultes qui reçoivent des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS	Non disponible	4 488	5 602
70 % d'implantation des RSIPA à l'échelle du Québec d'ici 2015	52,29 %	62,15 %	67,74 %
Augmentation de 10 %, par rapport à 2009-2010, du nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	9 194 878 heures Diminution de 2,8 %	9 923 154 heures Augmentation de 4,8 %	10 472 838 heures Augmentation de 10,7 %
Augmentation du nombre de places en ressources résidentielles de proximité	41 291	ND	ND

1. À compter de 2012-2013, les IPS candidates sont ajoutées au nombre total annuel d'IPS.

ENJEU 3

UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
90 % des demandes de services par des personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis d'ici 2015 pour les demandes de niveau :			
▪ de priorité urgente : 3 jours	50 %	57 %	65 %
▪ de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR	76 %	82 %	82 %
▪ de priorité modérée : 360 jours	Non disponible	Non disponible	90 %

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
80 % des personnes ayant une dépendance évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins d'ici 2015	62 %	68 %	73 %
90 % des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :			
▪ une chirurgie d'un jour	91,7 %	91,5 %	91,7 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	94,8 %	94,7 %	95,0 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	83,8 %	80,8 %	79,8 %
▪ une arthroplastie totale du genou	80,6 %	77,5 %	76,5 %
▪ une chirurgie de la cataracte	95,6 %	96,9 %	96,2 %
▪ une chirurgie bariatrique	Non disponible	61,5 %	65,5 %
Pourcentage des demandes de services réalisées dans les délais établis pour les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire, soit Hémodynamie			
▪ catégorie A : moins de 2 semaines (cible 100 %)	91,2 %	91,4 %	93,5 %
▪ catégorie B : de 2 semaines à 2 mois (cible 90 %)	85,2 %	85,6 %	90,7 %
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Chirurgie cardiaque			
▪ catégorie A : moins de 2 semaines (cible 100 %)	88,9 %	90,0 %	86,6 %
▪ catégorie B : de 2 semaines à 3 mois (cible 90 %)	72,6 %	65,8 %	66,9 %
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Electrophysiologie			
▪ catégorie A : moins de 48 heures (cible 100 %)	76,2 %	70,8 %	71,4 %
▪ catégorie B : de 48 heures à 3 mois (cible 75 %)	37,6 %	40,0 %	44,5 %
90 % des personnes atteintes de cancer traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,7 %	97,1 %	97,8 %
Au plus 15 % des séjours de 24 heures et plus sur civière d'ici 2015	24,5 %	23,6 %	24,0 %
Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière d'ici 2015	7,0 %	6,5 %	6,7 %
Séjour moyen sur civière de 12 heures ou moins	17,6 heures	17,2 heures	17,5 heures

ENJEU 4

LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
90 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis d'ici 2015 pour les <ul style="list-style-type: none"> ▪ diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> ▪ bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline ▪ bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs 	75 %	79 %	84 %
Identification dans chaque établissement des créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux de 2010 à 2015	ND	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %
100 % des établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances d'ici 2015	Non disponible	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %
100 % des inventaires des activités accomplies en transfert des connaissances destinées au réseau réalisé	Non disponible	Services sociaux : Inventaire réalisé	Services sociaux : inventaire réalisé
Augmentation du nombre de projets d'évaluation réalisés par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux	Non disponible	7 projets	11 projets
Réalisation de trois processus de qualification d'un nombre limité de solutions informatiques de DME d'ici 2015	Aucun	1 processus réalisé (7 solutions DME homologuées)	2 ^e processus réalisé (8 solutions DME homologuées)
50 % des établissements utilisant une solution informatique de DCI d'ici 2015	11 %	11 % (14 sur 122 établissements)	13 % (16 sur 121 établissements)

ENJEU 5

L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
50 % des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits dans un programme de médecine familiale d'ici 2015	42 %	43 %	46 %
80 % d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions			
▪ régions éloignées	100 %	121 %	100 %
▪ régions intermédiaires	98 %	108 %	82 %
▪ régions périphériques	101 %	101 %	100 %
▪ régions universitaires	101 %	100 %	100 %
80 % d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine spécialisée par catégorie de régions			
▪ régions éloignées	80 %	80 %	81 %
▪ régions intermédiaires	86 %	87 %	88 %
▪ régions périphériques	93 %	91 %	90 %
▪ régions universitaires	96 %	96 %	96 %
100 % des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	Non disponible	Non disponible	93 %
100 % des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail d'ici 2015	Ne s'applique pas	81,7 %	88,8 %
Diminution de 10 % du nombre d'heures travaillées en heures supplémentaires d'ici 2015			
▪ infirmières (cible 5,12 %)	5,73 %	5,59 %	5,61 %
▪ ensemble du réseau (cible 3,11 %)	3,35 %	3,40 %	3,40 %
Diminution de 25 % de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers d'ici 2015			
▪ infirmières (cible 3,45 %)	4,23 %	3,80 %	3,56 %
▪ infirmières auxiliaires (cible 2,26 %)	2,38 %	2,06 %	1,88 %
▪ préposés aux bénéficiaires (cible 1,38 %)	1,55 %	1,24 %	1,24 %
100 % des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres	Appel et sélection des projets Démarrage le 1 ^{er} mars 2011 des 9 projets retenus	9 projets sont en cours de réalisation	9 projets terminés au 31 mars 2013

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
100 % des places prévues au programme de relève des hors cadres qui sont comblées par des cadres supérieurs chaque année	100 % des 32 places disponibles en 2010-2011	90 % des 20 places disponibles en 2011-2012	75 % des 20 places disponibles en 2012-2013
100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines d'ici 2015	29,4 %	51,7 %	59,8 %
50 % des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail d'ici 2015	12,8 %	13,9 %	4,5 % ¹
Obtention en 2010 et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé	Renouvelé	Renouvelé	Certificat obtenu
Diminution de 7,1 % du ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées d'ici 2015	5,75 %	5,86 %	6,09 %
100 % des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle d'ici 2015	79 %	87 %	87 %

1. À compter de 2012-2013, seuls les établissements dûment accrédités par une démarche sont comptabilisés.

ENJEU 6

UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013
Diminution de 20 % du nombre de centres de traitement reliés aux technologies de l'information d'ici 2015	Sans objet	Sans objet	250
Méthodologie et indicateurs disponibles de 2010 à 2015	Sans objet	En développement	En développement
Diffusion d'un cadre d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux en 2011	Sans objet	Réalisé	Réalisé
Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative en 2011-2012	Sans objet	Adoption de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux	Chantier <i>Pour un meilleur partage des responsabilités</i>
Révision de la réglementation et des normes administratives de 2011 à 2015	Sans objet	Révision de la réglementation en cours	Révision de la réglementation en cours

